

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 - N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
TRAITEMENT DE L'AGITATION
dans les
MALADIES MENTALES

Le Somnifène intra-veineux
chez les grands agités

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri RONE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à PARIS (Seine) le 5 août 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

CONTRIBUTION à L'ETUDE du TRAITEMENT
de l'AGITATION dans les MALADIES MENTALES
Le Somnifène intra-veineux chez les grands agités



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553412_0005

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1925-1926 - No 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
du
TRAITEMENT DE L'AGITATION
dans les
MALADIES MENTALES

Le Somnifène intra-veineux
chez les grands agités



THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Novembre 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri RONE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à PARIS (Seine) le 5 août 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	COMMANDEUR
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	X.
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	MARTIN (Etienne)
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	PIC
Pharmacologie	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Puériculture et hygiène de la première enfance	MM. CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
GARIN	DUROUX	ROUBIER	SANTY
SAVY	TRILLAT	FAVRE	DUNET
FROMENT	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
PIERY	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, président ; FROMENT, assesseur ;
 ROUBIER et CORDIER, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde
affection.

A MON FRÈRE,
LE DOCTEUR PIERRE RONE,
Médecin Aide-Major

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. LEPINE,
Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon
Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Qu'il reçoive l'hommage de notre
respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY

A MONSIEUR LE DOCTEUR RÉMI COURJON,
Médecin des Asiles
Chef de Clinique de neuro-psychiatrie à la Faculté

Qui nous a prodigué ses conseils
et a mis ses observations à notre
disposition avec une extrême obli-
geance.

Nous sommes heureux de pouvoir
lui exprimer ici notre profond res-
pect et notre infinie gratitude pour
l'accueil bienveillant qu'il nous a tou-
jours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CONDOMINE,
Médecin des Asiles (Asile de Bron)

En remerciement de l'intérêt qu'il
a porté à notre travail et du temps
qu'il a bien voulu consacrer à nous
aider et nous conseiller. Nous le
prions de croire à notre vive et
déférente gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DODERO,
Médecin des Asiles (Asile de Bron)

A MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIER,
Médecin des Asiles (Asile de Saint-Jean-de-Dieu)

A MES MAÎTRES
DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE PARIS ET DE LYON

A MES MAÎTRES
DU VAL-DE-GRAVE ET DES HÔPITAUX MILITAIRES

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre travail, nous aurons à cœur de présenter nos hommages sincères et d'exprimer notre reconnaissance à ceux qui nous ont conduit et guidé dans nos études, à Paris et à Lyon, et à ceux qui nous ont toujours prouvé leur sollicitude au cours de notre vie d'étudiant.

Nous devons un témoignage respectueux de notre profonde gratitude à M. le Docteur C. Chauveau, à M. le Docteur Rouhier, Chirurgien des Hôpitaux, et à M. le Docteur Tourneix, Assistant à l'hôpital Boucicaut, qui se sont particulièrement intéressés à nous.

A M. le Professeur Lépine, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous aider de ses conseils éclairés, nous offrons l'hommage de notre entier dévouement.

M. le Docteur R. Courjon et M. le Docteur Condomine, qui nous ont fait profiter de leur expérience, voudront bien trouver ici l'expression une fois de plus affirmée de nos vifs remerciements.

Nous remercions également M. le Docteur Dodero et M. le Docteur Carrier, à la bienveillance desquels nous avons dû l'avantage de pouvoir traiter quelques malades dans leurs services.

Enfin, nous n'oublions pas non plus de remercier MM. les Docteurs Dupré, Mialhe et Taupin, internes de l'Asile de Bron, pour leur collaboration dévouée et l'aide qu'ils nous ont apportées.

CONTRIBUTION à L'ETUDE du TRAITEMENT
de l'AGITATION dans les MALADIES MENTALES
Le Somnifène intra-veineux chez les grands agités

INTRODUCTION

L'agitation et l'insomnie sont les deux grands symptômes physiques que l'on est amené à combattre le plus souvent dans la pratique des maladies mentales ; c'est aussi sur eux que l'aliéniste peut agir parfois d'une façon rapide et efficace. Ces deux symptômes existent presque constamment associés, ils s'entretiennent mutuellement et leur traitement se confond.

Une connaissance étendue de la psychiatrie est nécessaire, afin d'instituer la thérapeutique rationnelle de l'agitation, mais, indépendamment des lésions organiques connues ou des troubles endocriniens qu'il faut dépister et auxquels il faut remédier, l'agitation réclame souvent, de la part du praticien, un *traitement d'urgence*. D'autre part, le traitement des états d'agitation constitue, peut-on dire, une partie importante de la thérapeutique des maladies mentales, non seulement en raison de la fréquence de ce symptôme, mais aussi par suite de l'impossi-

bilité où l'on est souvent d'instituer une thérapeutique pathogénique.

Il s'agit donc ici d'une médication symptomatique, et l'on combat l'agitation dans les maladies mentales de même que l'on combat la fièvre dans les maladies générales.

Comme toute médication symptomatique, cette méthode peut avoir de graves inconvénients, son action sur le symptôme étant généralement passagère. On discute même sa légitimité, en lui reprochant de risquer d'aggraver la maladie, par modification de l'évolution morbide ou en affaiblissant l'organisme par une surcharge de toxiques.

C'est pourquoi on a tout d'abord recours aux moyens physiques, qui sont inoffensifs, moyennant certaines précautions.

Cependant, l'hydrothérapie a besoin d'être complétée par un traitement chimique, dans certains paroxysmes, surtout dans la grande agitation, afin de modérer celle-ci et de combattre ses conséquences fâcheuses. Ces divers moyens permettent aussi de supprimer le plus possible la contention, qui a généralement des effets aussi néfastes que l'agitation, qu'elle contribue souvent à entretenir.

Enfin, la clinique ne perd jamais ses droits, et en présence d'une agitation qui persiste depuis un certain temps, après avoir évolué normalement, nous avons observé plusieurs malades qui ont paru bénéficier d'un traitement sédatif énergique.

Le traitement de l'agitation ainsi compris, en procurant un repos complet, tant au système nerveux

central qu'aux appareils sensoriels et à tout l'appareil musculaire, enraye la dénutrition de toutes les cellules de l'organisme, facilite l'examen biologique et mental, et réalise pour les malades, indépendamment de l'hygiène générale et du traitement moral, les conditions les plus favorables à leur guérison.

Les diverses méthodes, agents physiques et chimiques, dans le traitement de l'agitation

Autrefois, le seul traitement de l'agitation était la contention ; il s'agissait d'ailleurs bien plus de mesure de prudence que de traitement : « Quand Pinel dirigea sa haute intelligence vers l'étude des aliénés, ils étaient tous en proie aux plus indignes violences ; ses travaux eurent un double but et préparèrent une conquête. Doué d'un esprit lumineux et juste, aussi bien que d'un cœur compatissant et dévoué, il comprit du premier coup d'œil qu'il fallait aux lésions de la pensée un traitement moral et qu'il n'y avait pas de traitement moral possible, sans la suppression des violences corporelles » (Trélat). Tenir en effet dans un état continuel d'étroite contrainte, les malades agités et les délaissier complètement au point de vue mental, est contraire à l'expérience qui prouve que cet état d'agitation peut guérir, permettant à l'aliéné d'avoir une vie relativement normale à l'intérieur de l'asile et même d'en sortir complètement.

Pinel substitua aux anciens moyens de contention barbares, la camisole de force, qui était un progrès immense pour cette époque. La camisole, avec son collier de force, était, ainsi que le tablier de cuir qui recouvrait la baignoire de l'agité, les vestiges d'un arsenal de torture jadis très complet et dans lequel on pouvait considérer, en dehors des appareils de simple contention (cylindre d'osier, etc.), des appareils plus compliqués. C'est ainsi que l'on avait imaginé, entre autres, la roue de Darwin et le fauteuil oscillant, avec lesquels on avait pensé créer des moyens énergiques de procurer un vertige et d'obtenir ainsi un effet salutaire sur l'agitation, analogue à celui du bercement ou du balancement. Conolly, en prenant la direction de l'asile de Hauwell, en 1839, écrit : « Enumération faite des divers instruments de contrainte usités en cet asile, on n'en comptait pas moins de six cents de toutes espèces, dont la moitié au moins consistait en manchettes et autres instruments destinés à empêcher les mouvements des bras et des mains. »

Magnan démontra les inconvénients de la camisole de force, dans laquelle l'aliéné, que l'on a la prétention d'immobiliser, se débat furieusement et finit quelquefois par se blesser ; (la poitrine comprimée gêne les mouvements respiratoires jusqu'à l'asphyxie). Depuis, la camisole de force a été remaniée, et il ne s'agit plus guère que d'un maillot largement taillé ; mais nous avons observé cependant de l'œdème des bras, dû à la compression, et les paralysies radiales ne sont pas rares. On voit donc

tout l'avantage que l'on a à se passer de la camisole de force, qui ne peut être considérée comme un traitement de l'agitation, puisqu'elle ne procure pas le repos bienfaisant à l'organisme ; au contraire, presque toujours, l'agitation du malade s'exaspère de cette contrainte absolue et son emploi, dans certains cas de mélancolie, est rejeté, pour ne pas aggraver les préoccupations anxieuses.

Dans le cas où le malade présente une idée délirante d'auto-mutilation, des impulsions, ou déchire ses vêtements, il y aurait intérêt à pouvoir supprimer la camisole de force, ne serait-ce que quelques heures périodiquement, afin de favoriser le libre jeu des organes.

Magnan, en 1877, supprima totalement la camisole dans son service de l'admission de Sainte-Anne, où les malades arrivent en pleine excitation du début de leur délire. Il vit disparaître, du même coup, les fureurs maniaques, « cette colère du maniaque », sauf dans quelques cas rares de délire épileptique.

Tous les aliénistes ont à cœur de continuer et de parfaire l'œuvre de Pinel, et c'est ce qui explique la diversité des méthodes et le grand nombre de moyens qui ont été successivement expérimentés.

A mesure que l'on étudiait le traitement de l'aliénation mentale, le système du « non restreint » devenait d'une application facile chez les agités, grâce à la méthode de l'alitement.

Cette méthode, préconisée par Guislain, se généralisait en Allemagne et s'installa en France en 1897.

Dès lors, les quartiers d'agités sont totalement transformés, et les auteurs font ressortir combien est différent l'aspect des asiles d'aujourd'hui, qui se rapprochent en somme de l'hôpital, de celui des quartiers d'autrefois, où les malades agités étaient tous attachés.

L'alitement est aujourd'hui à la base de la thérapeutique des maladies mentales et, dans certains asiles étrangers, il est la règle pour tous les entrants. Elle possède de multiples avantages : la surveillance est rendue plus facile et l'examen physique et biologique des aliénés se fait dans de meilleures conditions. L'alitement des aliénés agités, qui semble paradoxal, est réalisé dans la plupart des cas, beaucoup plus facilement qu'on ne se l'imaginerait volontiers. Dans les cas difficiles, un gardien est nécessaire, mais souvent, après quelques jours, les malades se calment suffisamment pour rester au lit et l'habitude devient ici une « camisole morale ».

Mais l'alitement n'est pas seulement un moyen commode de s'opposer aux réactions violentes et dangereuses de certains malades, c'est un moyen thérapeutique aussi précieux qu'en médecine générale.

Le malade au lit est soustrait à une foule d'excitations extérieures, qui ne manqueraient pas de retentir sur son hyperexcitabilité, et le décubitus dorsal a pour résultat de diminuer l'intensité de l'agitation. D'autre part, l'agité traité par l'alitement répare mieux les pertes de l'organisme. On sait en effet combien les malades perdent du poids, quelquefois d'une façon considérable, au début de leur

agitation. Enfin, l'aliéné est traité comme un malade à l'hôpital ; il bénéficie de la visite quotidienne du médecin, et lorsqu'il entre en convalescence, toute cette atmosphère que l'on s'est efforcé de créer, contribue, dans une grande mesure, à son rétablissement.

L'hydrothérapie est un utile adjuvant de l'alitement et ses bienfaits sont remarquables, en régularisant le sommeil que le séjour au lit trouble quelquefois ; mais on peut obtenir, par la méthode des bains prolongés, des effets sédatifs très appréciables.

Les bains sont donnés à la température de 33 degrés et Trénel insiste sur la différence existant entre les résultats des bains tièdes ou frais, qui sont calmants, et les bains très chauds, qui sont excitants. Le traitement par les bains prolongés a été largement exploité par les aliénistes allemands, qui ont été jusqu'à faire vivre leurs malades pendant plus d'un mois dans leur bain, mais il faut alors exercer une surveillance attentive de tous les instants, empêcher que le malade ne boive l'eau de son bain, que celui-ci reste à une température constante, etc.

En général, la durée du bain, qui dépend de l'état physique du sujet, ne dépasse pas 3 ou 4 heures. On voit alors l'excitation motrice s'amender après le bain, mais les agités ne doivent pas être baignés s'ils ont de la fièvre ou présentent des complications viscérales. Chez les P. G., on aura soin de mettre des compresses froides sur la tête, pour éviter, dans la mesure du possible, la congestion du cerveau.

Dans la mélancolie, l'hydrothérapie n'est pas indiquée au début et risque d'affaiblir le malade.

Les bains froids ne sont plus employés qu'en cas de délire aigu, où leur but thérapeutique est alors d'abaisser la température, tout en calmant l'agitation. Les douches froides, qui sont sédatives par suffocation et dangereuses pour le cœur, sont abandonnées et n'existent plus que dans les préjugés populaires.

Enfin, le drap mouillé est une pratique bien connue, utilisée en dernier ressort ; mais il peut être dangereux et ne doit s'adresser qu'à des sujets vigoureux. Il est de moins en moins utilisé, en raison des accidents de collapsus que l'on a observés. Il constituait d'ailleurs souvent un moyen de contention déguisé.

Au début du xx^e siècle, on a eu recours, dans quelques établissements, à l'influence bienfaisante de la lumière bleue et les agités étaient alités dans des salles spéciales éclairées uniquement par des vitres et de la lumière bleues. L'électricité, sous forme de galvanisation cérébrale, possède aussi une action calmante et hypnotique.

Après avoir exposé rapidement quelques idées générales sur la contention et les moyens physiques, nous abordons maintenant la grande classe des moyens chimiques. Les sédatifs et hypnotiques sont d'un usage si courant dans la thérapeutique des maladies mentales qu'ils semblent leur être exclusivement réservés.

Les analgésiques produisent bien, eux aussi, le sommeil, mais dans des conditions toutes différentes. Le sommeil dépend, en effet, de plusieurs facteurs, et son mécanisme n'est pas encore élucidé. Quoiqu'il en soit, il apparaît que ses bienfaits sont analogues, qu'il s'agisse de sommeil provoqué artificiellement par des agents chimiques, ou du sommeil naturel ; les modifications des cellules nerveuses et de la glande surrénale en particulier seraient les mêmes. M. Laignel-Lavastine est d'autant plus convaincu de la nécessité de combattre l'agitation qu'il a constaté à l'autopsie des agités une disparition complète par épuisement des colloïdes de la cortico-surrénale. Une sédation, même artificielle, permet à la glande de se recharger.

Sans méconnaître la nécessité de l'alitement chez tous les agités et l'utilité des moyens physiques, l'expérience montre que ces moyens sont insuffisants dans certains cas. Il devient alors nécessaire de recourir aux agents chimiques. D'autre part, la facilité d'administrer ces derniers, leur effet plus rapide et plus régulier en rendent l'indication très fréquente, surtout quand les conditions matérielles l'exigent.

A cette fin, le chloral, le véronal et l'hyoscine sont les médicaments les plus employés.

La morphine n'est pas un médicament de l'agitation motrice ; elle a une action stupéfiante et analgésique. Les petites doses produisent des phénomènes d'excitation et son emploi congestionne le cerveau. On a plutôt recours à la teinture d'opium, à l'extrait

thébaïque et au pantopon, dans les périodes d'anxiété et chez les mélancoliques.

Le chloral est employé dans les cas les plus variés et c'est à lui que l'on a recours lorsque les autres hypnotiques font défaut. Le sommeil qu'il procure est assez rapide, sans période d'excitation. Le sommeil est très profond et peut aller jusqu'à la perte des réflexes. Après le cerveau, le bulbe et la moelle épinière sont influencés par l'hypnotique. Les centres respiratoires et cardiaques ne sont influencés que par des doses toxiques. Cependant, le chloral posséderait une action dépressive sur le cœur ; il diminue la pression artérielle et une injection intraveineuse peut arrêter brusquement les battements du cœur. Aussi, a-t-on cherché à découvrir des composés dérivant de lui, mais que l'on pensait moins toxiques (hypnal, somnal, chloralose). Le chloral est néanmoins beaucoup plus employé que ses composés, qui sont moins actifs, et qui, à hautes doses, ont leurs inconvénients. On combine souvent le chloral avec le bromure de potassium, pour obtenir des effets plus énergiques.

Le véronal, découvert par Fischer et Meering, se montre un hypnotique puissant. A la dose thérapeutique, il n'occasionne pas de diminution de la pression artérielle. Souvent même, on constate une légère élévation de la pression et un renforcement de la systole. Enfin, il serait légèrement diurétique. Grâce à l'absence de conséquences fâcheuses graves sur les différents organes, le véronal ne comporte guère de contre-indications absolues. Cependant, il faut noter

avec lui des phénomènes d'accumulation et des effets irréguliers, en rapport avec son absorption que gêne son insolubilité.

Dans les cas d'extrême urgence, comme dans le transport d'aliénés agités, ces divers moyens seraient inefficaces ou trop faibles pour être utilisés ; on fait appel à l'hyoscine, qui est l'alcaloïde vraiment spécifique de la motilité, mais on admet qu'il est dangereux de dépasser un milligramme, et son emploi doit être surveillé de très près.

On a essayé d'utiliser l'action calmante des ions calciques et magnésiens par des injections intra-rachidiennes de sels de calcium et de sulfate de magnésie.

Aujourd'hui, grâce aux progrès de la chimie, le nombre des sédatifs et hypnotiques est considérable. Beaucoup sont de bons sédatifs, qui ont souvent des indications précises (gardénal). Leur nombre permet de faire un choix utile parmi les moins toxiques. L'aliéné est, en effet, un sujet chez lequel existe fréquemment, à l'origine du délire, un substratum organique ou endocrinien. Il est donc nécessaire de ne pas aggraver l'état d'intoxication de son organisme. Certains malades, qui s'accoutument rapidement à tel médicament, sont plus sensibles à d'autres. En ayant plusieurs hypnotiques à sa disposition, on pourra varier, aussi souvent que possible, les médications, en raison de l'accoutumance et de l'accumulation. On peut obtenir ainsi des effets continus avec les divers hypnotiques. La façon de les administrer n'est pas indifférente non plus ; chez les malades

négalivistes, qui refusent énergiqnement tout médicament, on a recours aux médicaments qui peuvent s'administrer par voie hypodermique ou intramusculaire.

Parmi les nouveaux médicaments, l'étude de l'un d'eux, le Somnifène, nous a particulièrement intéressé. Nous l'avons administré suivant une technique toute récente en injections intraveineuses chez les grands agités.

Historique du Somnifène

C'est Thomas Alday Redonnet qui réalisa ce nouvel hypnotique, en 1920, à l'Institut de Pharmacologie de Zurich. Il l'étudia surtout au point de vue de son action hypnogène et de sa toxicité chez différents animaux.

G. et D. Bardet ont fait une étude chimique et pharmacodynamique. Ils ont montré que l'on pouvait injecter le produit par voie intraveineuse, sans autre inconvénient qu'une torpeur profonde durant plusieurs jours, à la suite de la narcose obtenue. Cette injection ne suffisait pas à elle seule pour permettre de pratiquer une opération chirurgicale importante. Ils engageaient cependant les accoucheurs à essayer cette anesthésie : « Les barbiturates, disaient-ils, ne touchent pas le foie, ils provoquent à haute dose l'anesthésie, sans toucher les organes de la vie animale, la circulation, les fonctions des muscles lisses sont conservées, mieux encore qu'avec les anesthé-

siques volatils. Il nous semble donc qu'il y ait là une indication favorable pour anesthésier les parturientes, et nous engageons vivement les accoucheurs à essayer cette anesthésie. »

L'année suivante, Wiki parvint à diminuer la durée de la somnolence qui suit l'injection, en substituant au diallyl un nouveau corps : l'allyl-isopropyl-barbiturate de diéthylamine.

En 1923, M. Cerné fit des essais d'analgésie obstétricale par voie intramusculaire, dans le service de M. Funck-Brentano. La même année, M. Cleisz et Mlle Perlis utilisèrent la voie endoveineuse. M. Cleisz indique une technique où les doses totales oscillent entre 6 et 11 cc., la dose la plus souvent employée étant 8 cc.

A la suite de ces résultats, M. P. Fredet introduisit en pratique chirurgicale l'anesthésie au somnifène. Il fit une série d'expériences, afin d'étudier les modifications dans le fonctionnement des divers appareils de l'organisme ; il inaugura une technique particulière. « Le produit injecté dans le torrent circulatoire amenait, dès que l'injection est finie, un sommeil, mais pour déterminer une anesthésie chirurgicale, il est absolument indispensable d'associer les barbiturates à la morphine ou mieux la morphine scopolamine, les barbiturates étant incapables, au moins aux doses non toxiques, de produire à eux seuls l'anesthésie chirurgicale, c'est-à-dire de supprimer la sensibilité, les mouvements inconscients et les réflexes, en dépit de l'apparence du sujet. »

De nombreux chirurgiens ont publié depuis des

cas d'anesthésie au somnifène, seul ou combiné, utilisé par différentes voies. M. Tavernier signale les avantages et les sérieux inconvénients de ce médicament : « Les avantages, conclut-il, sont remarquables, lorsque tout marche bien : le malade perd conscience sans douleur et se réveille après quarante-huit heures, sans les souvenirs désagréables de la pénible période post-opératoire. Mais les inconvénients sont tels, lorsque les suites sont agitées, que cet anesthésique semble actuellement inutilisable dans les hôpitaux où l'on manque de personnel et de salles d'isolement. »

La technique de M. Fredet est celle qui est généralement appliquée et donne les meilleurs résultats. L'injection de scopo-morphine est suivie, un quart d'heure à une demi-heure après, d'une injection intraveineuse de somnifène à dose variant de 5 à 8 cc., suivant le poids, l'âge et l'état général. On complète au besoin avec quelques bouffées d'éther. M. Fredet, dans une communication nouvelle, déclare que l'agitation post-opératoire est certainement due à une faute de technique, en particulier l'emploi de trop hautes doses. Il fait pressentir une technique nouvelle, à la suite d'études sur l'action, la localisation et l'élimination de chacun des composants du somnifène.

Les résultats obtenus en obstétrique et en chirurgie donnèrent l'idée aux psychiatres d'utiliser le somnifène intraveineux pour procurer le sommeil et le calme chez leurs malades. MM. Crouzon, Laignel-La-

vastine, Claude, Robin et Pavlovitch administrèrent les premiers cette médication chez les psychopathes (nov. et déc. 1924).

Le somnifène était déjà employé en pratique courante par voie buccale et en injections intramusculaires. M. Boisnière, en 1921, confirme l'action hypnotique et la faible toxicité qui permet son emploi chez des organismes affaiblis par des intoxications (délire alcoolique, tétanos). M. Kindler rapporte son pouvoir sédatif chez les agités. M. Trampol obtient une diminution de la moyenne des crises chez les épileptiques.

Par voie endoveineuse, les auteurs suivent des techniques différentes et nous les présentons au chapitre spécial. Les uns préfèrent la technique de M. Fredet, les autres emploient le somnifène sans scopo-morphine, l'anesthésie complète étant inutile.

Cette nouvelle méthode a permis à MM. Crouzon et Lemaire de conserver dans un service libre, à la Salpêtrière, des malades agités, tout en combattant efficacement l'épuisement nerveux dû à la grande agitation. La méthode endoveineuse soulage la tâche du personnel et permettrait de traiter avec avantages certains malades momentanément dangereux, sans les isoler et sans recourir aux moyens de contention.

M. Levet préfère la voie endoveineuse à toute autre. Il l'utilise dans de nombreux cas de la pratique psychiatrique (ponction lombaire, gavage, etc.). Il a montré qu'après le sommeil de quelques heures obtenu avec les petites doses, la phase de torpeur observée au réveil permet cependant l'alimentation.

Les organiques sont les plus sensibles à cette médication (intoxiqués, confus), tandis que les maniaques dépressifs réagissent souvent au début de la narcose et prolongent d'autant plus leurs efforts qu'il y a de spectateurs. Il estime qu'il faut s'abstenir chez les vieillards artério-scléreux, où la narcose est instantanée et prolongée. Il signale trois désagréments : accoutumance assez rapide, escharification superficielle si le liquide est injecté sous la peau, et oblitération des veines en cas d'injections répétées.

MM. Quercy et Dodart-des-Loges utilisent le somnifène intraveineux dans tous les cas de grande agitation : « Le principal résultat, disent-ils, que nous pensons avoir obtenu est une accélération dans la guérison d'épisodes d'agitation chez des dégénérés, des confus, des éthyliques. Selon nous, un état d'agitation au cours d'une psychose autre que la manie peut être, non seulement suspendu, mais définitivement supprimé, grâce à une ou plusieurs injections intraveineuses de somnifène. » Cependant « : Il ne serait pas prudent de trop compter sur lui pour abrégé ou prévenir un accès de manie ou de mélancolie, même en maintenant le sommeil ou la somnolence pendant plusieurs jours ».

MM. Quercy et Lancelot, en janvier 1915, publient un cas de mort après injection intramusculaire, qui recommande la prudence dans l'emploi d'une telle médication chez les sujets âgés, en imminence d'accidents pulmonaires.

En mars 1925, M. Ravina, rapportant un nouveau cas de mort, écrit : « Il y a sans doute lieu de n'em-

ployer qu'avec une extrême prudence le somnifène intraveineux aux doses et dans les conditions actuellement indiquées par de nombreux auteurs ».

M. Crouzon attire également l'attention à *propos des dangers du somnifène* (in *Presse Médicale*), mais confirme les excellents résultats de la technique intraveineuse aux doses ne dépassant pas 5 cc., et si l'on a soin de s'abstenir chez les malades artérioscléreux, séniles, insuffisants hépatiques ou rénaux.

Dans un autre ordre d'idée, MM. Cestan et Riser ont utilisé l'action neurotrope du somnifène chez un syphilitique, pour réaliser ce qu'ils appellent le « mordançage » de la cellule nerveuse à l'égard du médicament spécifique.

En médecine vétérinaire, le somnifène est l'objet d'applications et de travaux qui se poursuivent soit avec le produit total, soit avec ses composants.

M. Fredet, à la Société de Chirurgie (mars 1925), publie le résultat de ses nombreuses observations et donne des précisions sur l'orientation de ses recherches actuelles, dans lesquelles il tend à abandonner le somnifène total et à utiliser seulement l'allyl-isopropyl-barbiturate de diéthylamine.

Etude chimique et physiologique du Somnifène

Nous n'étudierons pas ici en détail la chimie, la pharmacodynamie et la toxicologie de ce médicament. De nombreux travaux ont été publiés, dont nous donnons les indications dans la bibliographie. Nous résumerons seulement les principales notions nécessaires pour situer le médicament et nous signalerons ensuite certains phénomènes que nous avons constatés lors des observations que nous publions.

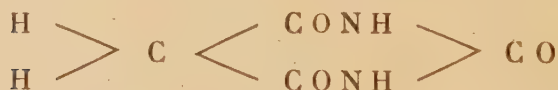
Le somnifène est une solution faiblement alcoolisée et glycinée, contenant à parties égales, pour une proportion totale de 25 % du diéthylbarbiturate de diéthylamine et de l'allyl-isopropylbarbiturate de diéthylamine.

Chaque centimètre cube de cette solution contient donc 0,10 cgr. d'acide allylisopropylbarbiturique et 0,10 d'acide diéthylbarbiturique ou véronal combinés avec 0,05 cgr. de diéthylamine,

L'ancienne formule contenait du dial, qui a été remplacé, après les travaux de Wiki, par l'acide allylisopropylbarbiturique, dont l'action hypnotique est égale, et dont la toxicité est moindre.

Ces deux acides, ainsi que leur nom l'indique, font partie de la série barbiturique à groupement fonctionnel uréide, qui agirait comme fixateur sur la cellule nerveuse et qui posséderait en outre des propriétés diurétiques. Parmi les dérivés de cette série, trois d'entre eux surtout sont bien connus, ce sont : le véronal, le dial et le luminal ou gardénal. Tous ces corps dérivent de la malonylurée ou acide barbiturique, qui ne possède aucune action hypnotique et qui est le résultat de la condensation de l'urée avec l'acide malonique en présence d'oxychlorure de phosphore (Grimaux).

L'acide barbiturique ainsi constitué peut s'écrire :



Cette formule laisse apparaître deux atomes d'hydrogène, auxquels on peut substituer des radicaux hypnogènes (alcooliques) ou non hypnogènes (brome, radicaux aromatiques) mono ou bisubstitués, homologues ou non, qui donneront un grand nombre de corps, dont les propriétés hypnotiques seront bien différentes, suivant les variétés de combinaisons que l'on peut imaginer.

Le véronal contient deux radicaux hypnogènes :
éthyl, C^2H^5 , ce qui donnera :



Le dial, deux radicaux hypnogènes C^3H^5 .

Le luminal, un radical hypnogène, éthyl : C^2H^5 , et
un radical aromatique : C^6H^5 .

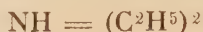
Mais la propriété hypnotique n'est pas seule à considérer et l'on doit aussi envisager la toxicité. Divers auteurs (Carnot et Tiffeneau) ont montré que l'activité et la toxicité augmentent avec le nombre d'atomes de carbone. Les radicaux aromatiques entre autres (luminal) renforcent considérablement le pouvoir hypnotique, mais accroissent la toxicité.

Le radical allyl, qui se détruirait dans l'organisme, semble être le corps le plus hypnotique possible, avec une toxicité faible. Depuis, de nombreuses expériences montrèrent que l'acide allylisopropyl, tout en ayant une valeur hypnotique égale à celle du dial, était moins toxique que lui ; les radicaux mixtes paraissant exalter la propriété hypnotique. La formule contient un radical isopropyl, C^3H^7 et un radical allyl, C^3H^5 , ce qui donne :



D'autre part, on a cherché à solubiliser ces deux corps afin d'obtenir une solution stable, facile à administrer et à réduire leur durée d'absorption et

d'élimination. Redonnet a découvert que leur combinaison à une base faible, la diéthylamine :



donnait une combinaison stable très soluble dans l'eau. Ces sels, ainsi que tous ceux de la série barbiturique, sont dépourvus d'action hypnogène, et pour manifester celle-ci, ils doivent se décomposer dans l'organisme en leurs constituants qui agissent séparément.

Cette combinaison avec la diéthylamine a eu en outre pour effet d'augmenter l'activité de 10 à 20 %. L'auteur pense que cette augmentation de l'activité s'explique soit par une absorption plus rapide, soit par l'influence sur le système nerveux des substances azotées, qui agiraient en favorisant la fixation de l'hypnotique contenu dans le sang.

L'étude des actions secondaires, à la suite d'injection de somnifène, doit attirer notre attention, car ce sont ces conséquences qui rendent dangereux l'emploi d'un hypnotique.

Appareil cardio-vasculaire. — Le pouls s'accélère en général. On observe une baisse de la tension artérielle. Elle serait attribuée à l'isopropylalyl et à la diéthylamine. D'autre part le sommeil lui-même occasionne une baisse de la tension artérielle. Celle-ci devient de plus en plus faible à chaque injection nouvelle. Quelques minutes après elle remonterait d'ailleurs pour redescendre ensuite.

L'observation suivante vient confirmer ce qui précède :

Mlle J..., 17 ans, *excitation maniaque*. A déjà été internée. Depuis quelques jours, ne dort pas, parle continuellement.

11 juillet. — La malade a refusé de manger, elle accepte cependant du lait.

18 h. 30. TA : 14-10. Pouls : 108 irrégulier. Respiration 26.

Nous injectons lentement 2 cc. de somnifène dans les veines. La malade ferme les yeux et pousse de gros soupirs.

18 h. 35. TA : 12 1/2-9 1/2. Pouls: 96 régulier. Resp. 24.

La malade s'endort cinq minutes après la fin de l'injection.

18 h. 50. TA : 9 1/2-7. Pouls: 90. Resp.: 18. Pupilles petites, réflexe cornéen faible. La malade se réveille pendant que l'on recherche les autres réflexes.

On reprend la tension : TA : 12-9. Pouls: 90. Resp.: 22.

La malade se rendort. Elle se réveille vers 4 heures du matin, le :

12 juillet. — 9 h. TA : 13-8. Pouls : 90. Resp. : 24.

Calme dans la journée, mais la loquacité reparait vers le soir et la malade dort peu.

15 juillet. — 16 h. TA: 13 1/2-9 1/2. Pouls: 100. Piqûre intra-veineuse de 2 cc.

16 h. 10. TA: 12 1/2-9. Pouls: 96. La malade s'endort environ cinq minutes après la piqûre.

16 h. 45. TA: 11 1/2-7 1/2. Pouls: 96. Sommeil peu profond, réveil à 1 h. 1/2 du matin, le :

16 juillet. — 10 h. TA: 13-9. Pouls: 88.

La seconde piqûre a provoqué une baisse de tension moins importante que la première. L'accélération initiale du pouls est due à l'agitation. La malade, un quart d'heure avant la piqûre, gesticulait et gambadait dans la cour.

Appareil respiratoire. — Diminution du nombre des mouvements respiratoires. Avec des doses très élevées on peut aller jusqu'à la paralysie respiratoire, mais avec cette particularité que le centre respira-

toire réagit rapidement aux excitants : lobéline, atropine, camphre. A dose mortelle chez le lapin, Kindler a constaté une congestion massive des poumons.

Appareil digestif. — En général, pas de trouble. On a observé la suppression des vomissements qui se produisent chez le chien à la suite d'une piqûre de morphine.

Appareil urinaire. — L'action diurétique a été constatée en chirurgie. Il faut cependant surveiller les malades rénaux (scléreux) qui peuvent présenter de la rétention d'urine et de l'anurie. Elle disparaît avec la suppression du médicament.

On a décrit aussi une action sur le « centre thermorégulateur ». En général, la température s'abaisse.

M. Flandin a signalé des symptômes de PG à la suite d'usage quotidien très prolongé. Ces symptômes disparurent après la suppression du médicament (*in Ravina et Girot*).

Accumulation. — Les trois composants sont éliminés par le rein. La diéthylamine est éliminée sous forme de diéthylurée. L'acide allylisopropylbarbiturique ne se détruit pas dans l'organisme (Fredet et Fabre). De même que pour le véronal, son élimination commence rapidement après son absorption, mais demande plusieurs jours pour être totale (5 à 10 jours). Cette très lente élimination commande la suppression du médicament au bout d'un certain

temps. Elle permet d'obtenir des effets hypnotiques croissants avec de petites doses renouvelées à brève échéance.

Intoxication aiguë. — Les symptômes sont semblables à ceux que l'on observe avec les autres hypnotiques. La mort peut survenir par paralysie respiratoire. Les symptômes cardio-vasculaires : arythmie, baisse de la pression artérielle peuvent s'observer.

Pour y remédier, si le somnifène a été ingéré depuis moins d'une heure, on peut faire un lavage d'estomac. On administre un purgatif huileux qui retient les acides barbituriques. L'injection intra-veineuse de lécithine reste inactive si l'hypnotique est déjà fixé sur le système nerveux. La saignée donnerait des résultats (Fredet). Les excitants du centre bulbaire doivent être administrés et donnent de très bons résultats (huile camphrée).

Technique du Somnifène intra-veineux dans les maladies mentales

Plusieurs auteurs ont utilisé des techniques différentes. M. Laignel-Lavastine considère cette médication comme un sédatif héroïque de l'agitation; il injecte une quantité de centimètres cubes du médicament inférieure d'une unité au chiffre des dizaines du poids en kilos du malade, c'est-à-dire 5 cc. pour 60 kilos. Il obtient ainsi un sommeil paisible et un calme complet de 4 à 8 heures environ.

M. Crouzon a employé l'injection intra-veineuse de 10 cc. associée à la scopolamine-morphine, selon la technique des chirurgiens. A cette dose il a observé le plus souvent un sommeil immédiat de 24 heures permettant ainsi de supprimer la « camisole de force ». Les injections de 5 cc. ont provoqué un sommeil plus tardif, une demi-heure à trois quarts d'heure et de durée variant de 6 à 12 heures. Le somnifène à dose de 8 à 10 cc. permettrait de garder ces malades dans des services d'isolement sans les transférer à l'asile,

dans les agitations maniaques curables d'obtenir la guérison à l'hôpital sans internement. Il pourrait, du reste, en cas de transfert à l'asile, être également le meilleur moyen de contention.

Dans une communication ultérieure, M. Crouzon a attiré l'attention sur le danger des doses dépassant 5 cc. Il estime que le traitement intra-veineux est contre-indiqué chez les malades artério-scléreux, séniles, insuffisants hépatiques et rénaux.

M. Levet utilise des doses ne dépassant pas 6 cc. Il s'en sert pour réaliser des opérations de petite chirurgie et de pratique psychiatrique. Il profite de la sédation nécessaire obtenue à l'aide de 2 cc. intra-veineux pour faire « conduire et maintenir au bain de thérapeutique » les malades indociles.

M. Pavlovitch a employé la méthode des chirurgiens; scopolamine-morphine et 7 à 8 cc. de somnifène. Il administre aussi quelques bouffées d'éther afin d'obtenir un calme de plusieurs minutes pour pratiquer la piqûre.

Au cours de notre expérimentation nous n'avons jamais rien associé au somnifène intra-veineux. Pour faire la piqûre nous n'avons utilisé que la contention manuelle, mais en ayant recours à un personnel suffisant. Dans la plupart des cas, deux aides, dont un expérimenté, peuvent suffire. L'agitation des malades qui, à première vue, paraît incompatible avec un traitement intra-veineux, se montre en fait un obstacle rarement insurmontable. Par contre l'absence de veines accessibles, particulièrement chez les su-

jets féminins corpulents, nous a obligé plusieurs fois à abandonner cette méthode. M. Levet écrit : « L'expérience montre que l'agitation des malades n'est jamais un obstacle sérieux à la technique endo-veineuse sous la réserve que l'opérateur soit rapide et précis. Il serait même surprenant de voir combien l'aliéné se prête facilement à cette technique si l'on ne savait que de toutes les voies d'injections médicamenteuses par l'aiguille de Pravaz, l'endoveineuse est de beaucoup la moins douloureuse. »

Il est nécessaire d'avoir un infirmier au courant de la technique et qui sera l'aide le plus actif. L'instrumentation doit être préparée minutieusement, si l'on veut être à peu près sûr d'exécuter facilement, sans tâtonnement et sans reprise l'injection.

L'opérateur aseptise ses mains, prépare sa seringue de 5 cc., assujettit solidement l'embout et une aiguille fine. On utilise le somnifène en ampoules de 5 cc.

Le malade étant couché dans son lit, les dispositions habituelles sont prises pour éviter les réactions violentes. Souvent l'agité, auquel on enlève la chemise de force ou que l'on fait coucher s'il était levé, présente un temps d'arrêt dans son agitation, parfois au contraire elle redouble, dans tous les cas on cherche à détourner son attention. L'infirmier place le lien, sans brutalité aucune, il saisit le poignet gauche du malade s'il s'agit d'un sujet très musclé et sans chercher à lutter, en prenant le temps nécessaire et en lui conduisant seulement le bras, il profite des mouvements désordonnés pour amener le bras étendu le long de la tête et le maintenir dans cette position.

L'opérateur frotte la région avec un tampon imbibé d'alcool, il pique la veine, le sang paraît dans la seringue, la pince du lien est enlevée et l'on pousse très lentement l'injection; au moins trente secondes par centimètre cube. Si le malade arrive à faire quelque mouvement, l'opérateur arrête l'injection, attend un instant en appuyant le corps de la seringue sur l'avant-bras puis, avant de reprendre, vérifie que l'aiguille est toujours dans la veine en faisant refluer un peu de sang et il réinjecte ensuite sans inconvénient.

Dans les états maniaques et dans la manie aiguë, suivant l'état général du sujet, nous avons injecté de 3 à 5 cc.

Au contraire, chez tous les organiques, DP, PG et malades âgés, les petites doses de 2 et 3 cc., nous ont donné de meilleurs résultats que les doses de 5 cc. chez certains maniaques.

Remarques. — Nous n'avons pas interrompu l'alimentation de nos malades. Ceux-ci doivent être surveillés particulièrement au point de vue du cœur, des poumons et de l'appareil urinaire. Nous n'avons pas renouvelé les piqûres au delà de quelques-unes, le principal intérêt du traitement intra-veineux étant son résultat immédiat et son efficacité dès les premières piqûres. Lorsqu'après le sommeil obtenu, le calme n'est pas durable, on continue le traitement au moyen des autres agents thérapeutiques. On peut ultérieurement faire de nouvelles séries de piqûres.

OBSERVATIONS

Terminologie

La difficulté d'une classification aux cadres précis est reconnue par tous les spécialistes, et les ouvrages didactiques en témoignent, en raison même de la difficulté des problèmes à résoudre. Les limites de ce travail ne nous permettant pas d'entrer dans une discussion et désirant néanmoins rester le plus possible dans l'esprit clinique, nous avons accepté l'idée déjà maintes fois soutenue et reprise en 1915 par MM. Briand, Vigouroux et Truelle dans *un essai de classement syndromique et étiologique*.

Nous considérerons donc l'agitation dans les divers syndromes où nous l'avons constatée, soit :

- Agitation dans les états maniaques ;
- Agitation dans la démence précoce ;
- Agitation dans la paralysie générale ;

Agitation dans la confusion mentale; groupe auquel nous avons rattaché un « délire aigu alcoolique »;
Agitation dans les états mélancoliques;
Agitation dans les psychoses des dégénérés.

Agitation dans les états maniaques

OBSERVATION I

(Service de la Clinique psychiatrique
de M. le Professeur J. LÉPINE)

B... Vve L..., 61 ans, entre le 5 mai 1925 avec le certificat :
Etat maniaque au cours d'une folie périodique.

On ne relève dans les antécédents aucune autre maladie que des troubles mentaux ayant motivé un premier internement il y a 20 ans : délire de persécution avec idées d'auto-accusation.

Mai 1925. — D'habitude très correcte, la malade se laisse aller à des grossièretés, scandales outrageants, menace de mettre le feu, réclame des hommes, arguant pour elle d'un besoin impérieux de relations sexuelles.

A son entrée, la malade, agitée, très loquace, parle les yeux fixes à des êtres imaginaires. Le même mot : chauffeur, revient continuellement dans son flux de paroles. Quelques instants après, un autre mot par assonance accapare son attention et devient leit-motiv à son tour. Si on l'interpelle brusquement elle sursaute, regarde son interlocuteur un instant, ne répond pas et reprend son monologue.

Attention très difficile à fixer, association par assonance, fuite des idées, fausses reconnaissances, agitation motrice marquée, répétition momentanée de certains gestes; durant une demi-heure la malade lisse et étire ses cheveux divisés en deux nattes. Paraît cependant orientée.

La malade ayant déjà été internée une fois et l'examen physique ne décelant ni stigmates d'éthylisme ni de syphilis ancienne, il semble bien que l'on soit en présence d'un accès de manie aiguë chez une périodique.

8 *mai*. — Malade très agitée jour et nuit. Elle crie et se dépense en mouvements désordonnés. — 4 centimètres cubes de somnifène intra-veineux amènent, durant 12 heures, un sommeil calme. Le calme se maintient pendant les 12 heures suivantes.

9 *mai*. — 4 cc. I-V. — Sommeil calme durant 20 heures.

11 *mai*. — 4 cc. I-V. — L'agitation avait repris. Sommeil de 8 heures.

12 *mai*. — 4 cc. I-V. — Sommeil de 3 heures, mais la malade est plus calme dans les périodes de veille.

15 *mai*. — L'agitation est beaucoup moindre, malade lucide, encore un peu loquace.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Docteur CONDOMINE)

M..., fe P..., 29 ans, employée à la gare des Brotteaux.

Entrée à l'asile le 5 décembre 1924.

Etat de manie aiguë avec grande agitation. Gesticule dans son lit, fait des mouvements désordonnés. Parle sans arrêt. Loquacité intarissable, aucune suite dans les idées; est gaie, joviale, euphorique, tutoie le médecin.

Il s'agit de son deuxième accès. Elle a été internée il y a une dizaine d'années à l'asile d'aliénés de St-Robert (Isère) pendant quatre mois environ.

Un frère a aussi été interné à St-Robert.

L'état d'agitation se maintient très marqué pendant plusieurs semaines. On avait pratiqué quelques injections de scopolaminé pour lesquelles la malade avait présenté une accoutumance très rapide (dès la troisième). L'agitation diminue vers le 10 janvier à l'occasion d'une parotidite gauche qui s'accompagne d'une fièvre élevée. Pendant quelques jours la malade est très abattue par la fièvre. La région parotidienne est très tuméfiée, rouge et tendue. On craint qu'une

intervention devienne nécessaire, mais peu à peu la température baisse, les signes locaux s'atténuent et tout rentre dans l'ordre.

L'agitation n'avait été que suspendue, elle reparait avec l'apyrexie.

C'est alors, vers le 25 janvier, que l'on fait une injection intra-veineuse de 2 centimètres cubes de somnifène qui donne un résultat excellent. Cette injection est renouvelée deux jours après avec le même résultat. Enfin la malade reçoit une troisième injection, toujours de 2 cc.

A la suite de ces trois injections, l'agitation diminue très rapidement. L'amélioration est sensible de jour en jour. La malade demande à se lever, commence à s'occuper.

Elle sort complètement guérie, le 14 février 1925.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. R..., 56 ans, ingénieur, est admis le 12 janvier 1925 pour :

Etat maniaque au cours d'une folie périodique.

Père mort à un âge avancé, mère vivante âgée de 75 ans.
2 frères ingénieurs.

Pas d'affection dans le jeune âge, mais d'un caractère original, capricieux, autoritaire, susceptible à l'extrême, esprit de contradiction. Le malade se montre scrupuleux pour son travail. Victime d'une agression à l'âge de 25 ans, il reste alité quelque temps, quoiqu'il n'eut aucune lésion organique. Son caractère devient plus irritable par intermittence. Il prend des attitudes d'extase devant sa planche à dessin. Sort fréquemment la nuit pour observer les astres et présente un syndrome à caractère maniaque avec idées délirantes se rapportant à l'astronomie. Il réagit violemment et fait des menaces graves si on veut l'empêcher de sortir le soir; il est interné à St-Jean-de-Dieu.

Depuis ce premier internement, seize années se sont écoulées pendant lesquelles le malade a toujours donné satisfaction dans ses travaux d'ingénieur. Son caractère ne s'est pas modifié. En outre il devient grand fumeur (achète tou-

jours 24 paquets à la fois) et aurait quelque tendance à boire par périodes.

Depuis quelques années il reste au pays chez sa mère et travaille à des épures à domicile. Il vit détaché de tout le monde et n'accepte difficilement et qu'avec mauvaise grâce de faire des promenades dans les environs.

Depuis trois mois le malade, toujours plus irritable, présente des accès subits. Il s'isole, reprend des idées délirantes analogues à celles qu'il avait présentées avant son entrée à St-Jean-de-Dieu. Il fait des calculs d'astronomie, ne dort presque plus, profère des menaces si l'on veut s'opposer à ses recherches. Il fait une fugue, revient, puis, pensant qu'on veut le faire interner, il reprend le train; mais des dispositions sont prises pour le faire arrêter à la gare Perrache par le commissaire spécial qui lui affirme être un de ses amis.

B.-W. dans le sang : négatif. Rien de particulier durant sa présence aux armées pendant la guerre. Aurait manipulé des produits toxiques pendant cinq ans et aurait constaté un tremblement, chute de cheveux et chute de dents, pas de vomissements, pas de manifestation due à une insuffisance hépato-rénale.

3 mars 1925. — Malade agité et confus. Tentatives de réactions anti-sociales envers le personnel infirmier.

7 mars. — 4 cc. 1/2 de somnifène intra-veineux. S'endort quelques minutes après la piqûre. Sommeil calme, entrecoupé de réveils au cours desquels le malade parle comme un homme ivre. La nuit se passe ainsi, mais meilleure cependant. L'impression d'ivresse persiste le lendemain.

8 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes constatations.

9 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes constatations.

10 mars. — 4 cc. I-V. — En général, s'endort immédiatement pour se réveiller une demi-heure à trois quarts d'heure après. Pendant la période de veille, le malade est plus calme, parle, cause, mais sans excitation vraie. Les périodes de sommeil et de veille se succèdent à peu près d'heure en heure.

11 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes observations que ci-dessus.

L'agitation a disparu, sans modification de l'état mental,

OBSERVATION IV

(Service de M. le Docteur CÔNDOMINE)

C...fe R..., 50 ans, entrée le 21 janvier 1924, est une maniaque ayant fait plusieurs séjours antérieurs.

Soignée à l'hôpital de Givors pour fracture de jambe, prend des accès de fureur délirante. Elle quitte son appareil plâtré, se promène dans les salles de malade en sautant à cloche-pied, criant et proférant des menaces, voulant frapper le personnel et le médecin avec une bouteille.

Etat d'excitation psychique, teinte érotique dans les propos, parle avec volubilité et raconte avec humour les menaces et les excentricités auxquelles elle s'est livrée à l'hôpital.

Février 1925. — Craintes de chronicité. Les accès précédents n'avaient jamais duré plus de quelques mois. Cette fois la prolongation de l'accès fait craindre l'installation d'un état de manie chronique.

2 mars. — 4 cc. I-V. — La malade ne s'endort pas, elle fait effort pour réagir pendant que nous l'observons. Elle gesticule, crie et chante à tue-tête. Elle se calme d'ailleurs dès que l'on quitte la salle.

La malade ne dormant pas une heure après, à 16 heures nous injectons de nouveau 4 centimètres cubes. (La première dose n'avait pas été totalement injectée.)

L'effet est instantané. Pupilles normales, réflexes conservés. Tension artérielle (Laubry), max.: 16 1/2; min.: 10; pouls: 92 (le corps thyroïde est perçu légèrement augmenté de volume). On ne peut réveiller la malade pour la faire dîner.

Après 19 heures de sommeil, on réveille la malade pour la faire déjeuner. Elle se rendort immédiatement après. On arrive facilement à la tirer de son sommeil et elle répond parfaitement aux questions.

7 mars. — 4 cc. I-V. — S'endort un quart d'heure après. L'agitation avait repris progressivement, obligeant à maintenir la malade qui avait été détachée.

12 mars. — 4 cc. I-V. — La malade s'endort un quart d'heure environ après la piqûre.

Durant les deux semaines pendant lesquelles la malade fut ainsi traitée, l'état général qui déclinait se rétablissait d'une façon parfaite. L'agitation s'est réinstallée progressivement. L'état mental est resté sans changement. Les veines du bras gauche se sont sclérosées.

Le traitement n'a pas réussi à amener un calme durable, mais il a permis d'arrêter l'amaigrissement et de remonter l'état général qui allait en déclinant progressivement. Une nouvelle série pouvait être faite utilement plus tard.

Juillet. — L'agitation existant toujours, 4 cc. I-V. procurent un sommeil de 15 heures et la malade reste abattue les jours suivants. Etant donné l'âge de la malade, nous ne renouvelons pas la piqûre. Pendant la narcose: TA: 14-10; pouls: 80; resp.: 21.

OBSERVATION V

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

D... fe V..., 44 ans, ménagère, entrée le 9 septembre 1924 pour : Etat d'agitation, idées de grandeur, hallucinations, fugues. Délire mystique qui aurait débuté au moment de l'hospitalisation de son mari, qui devait être opéré d'un ulcère de l'estomac. Le mari s'aperçut, à la deuxième visite, que sa femme commençait à présenter des troubles mentaux. Elle était exaltée, parlait beaucoup de religion.

Pas d'accès antérieurs ni d'antécédents de famille. Une sœur, plus âgée de 8 ans, a présenté des troubles mentaux vers la même époque. Elles n'habitaient pas ensemble. Deux autres sœurs bien portantes. Un enfant de 4 ans. Mère morte à 35 ans. Père mort à 82 ans.

Depuis, persécutée au sujet de son mari, elle ne veut plus le voir, prétend qu'on lui a jeté un sort. Agitation. Prédominance de l'état maniaque.

2 mars 1925. — L'état général de la malade est profondément atteint du fait de l'agitation et de l'insomnie continues.

A 15 heures. 4 cc. I-V. — Endormie 5 minutes après. — Réveil 3 mars, à 10 heures
Reprise du délire; mais tranquille.

4 mars. — 16 h. 4 cc. I-V. — S'endort 5 minutes après.

Réveil, 5 mars, à 6 h. L'agitation est considérablement diminuée pendant plusieurs jours.

9 mars. — 15 h. 4 cc. I-V. — S'endort 5 minutes après.

Réveil 10 mars, à 5 h. On a dû pratiquer l'injection dans une veine du bras gauche, celles du bras droit s'étant sclérosées.

L'état général était resté stationnaire pendant la période où l'on a pratiqué les piqûres.

Commencement d'avril, la cachexie s'accroît rapidement. On ne renouvelle pas les piqûres.

La malade meurt le 24 avril en état de délire aigu.

Cette malade a succombé à un état de délire aigu à la suite d'une période maniaque ayant duré plus de 7 mois. Le chloral et le bromure s'étaient montrés impuissants à calmer son agitation. On peut se demander si le somnifène intra-veineux, pratiqué à une période plus rapprochée du début, n'aurait pas enrayé la dénutrition progressive de l'organisme et donné le pouvoir à la malade de faire jusqu'au bout les frais de son accès prolongé d'excitation.

OBSERVATION VI

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

R..., -fe C..., 54 ans, tisseuse, entrée le 29 mars 1923, avec un syndrome d'excitation maniaque.

A déjà fait un séjour à l'asile en 1921. Entrée en mai 1921 pour un accès de même nature, elle a guéri rapidement et a pu être remise en liberté en juillet de la même année, c'est-à-dire 2 mois après.

Cette fois, l'état maniaque se prolonge et n'a pas encore cédé après plus de deux ans.

Bien qu'il s'agisse d'une ancienne spécifique, il n'a été constaté aucun symptôme objectif de lésion du système nerveux. Les pupilles sont égales, les réflexes normaux. Pas de troubles de la parole, pas d'affaiblissement intellectuel.

Il s'agit de manie à rechute, mais devant la persistance de

l'état d'agitation on peut craindre dès maintenant la manie chronique avec son pronostic d'incurabilité.

L'agitation psychomotrice est permanente, mais variable cependant dans son intensité. Une accalmie a permis l'an dernier un changement de quartier. La malade s'étant mise à déchirer sa literie, il a fallu la réintégrer au quartier des agités.

4 avril 1925. — L'agitation étant très marquée ces jours-ci, on injecte 4 cc. de somnifène intra-veineux, à 11 h. 1/2, après le déjeuner. Dort 5 minutes après. Se réveille le soir pour dîner, puis se rendort jusqu'au lendemain matin. Calme dans la journée du 5.

7 avril. — 4 cc. I-V procurent plusieurs courts sommeils alternant avec des périodes de calme.

OBSERVATION VII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle U..., 22 ans, entrée le 14 avril 1925.

Etat maniaque au cours d'une folie périodique.

Pas d'hérédité connue. Les parents ont 9 enfants. L'aîné à 23 ans. Le plus petit 2 ans. La malade est la seconde.

Elle a déjà fait un séjour précédent à l'asile, du 19 juill. au 15 oct. 1924, pour un accès mélancolique survenu à la suite de chagrins intimes. Elle présentait à sa première entrée un état mélancolique avec mutisme, se voyait brûler dans l'enfer, pensait que les gendarmes allaient l'arrêter, poussait des cris par instants. Elle était sortie très améliorée.

Elle rentre à l'asile sur la demande de sa famille 6 mois plus tard. Depuis sa sortie, elle habitait chez sa tante et elle avait été tout à fait bien. Elle est allée 8 jours au pays, a revu le jeune homme qui lui plaisait et est revenue agitée.

17 avril 1925. — On fait une injection de 2 cc. de somnifène intra-veineux. La malade s'endort 5 minutes après. La surveillante signale qu'elle vomit un peu dans la nuit.

20 avril. — On renouvelle 2 cc. Endormie 5 minutes après.

Réveil à 18 h., dine et se rendort. Nuit un peu agitée, mais ne vomit pas.

25 avril. — La malade est à nouveau maintenue dans son lit, l'agitation a reparu. Nous essayons d'attirer son attention, de la questionner, mais sans succès. Nous pratiquons une injection intra-veineuse de 2 cc. 1/2. L'injection est poussée lentement, la malade ferme les yeux et commence à s'endormir. Nous la réveillons 5 minutes après et nous lui posons quelques questions, son nom, son âge, si elle sait où elle se trouve. A ces questions, la malade répond chaque fois très distinctement et en articulant bien. — « U..., 22 ans, à Bron, je me sens bien. » Le pouls, qui était avant l'injection, de 82, bat à 78 par minute. La tension artérielle, qui était de 12,5—8, est de 13—8,5.

La malade est retirée par sa famille.

OBSERVATION VIII

(Service de M. le Docteur DODERO)

C..., Espagnol. 35 ans environ. Entré le 25 juin 1925, en état d'excitation maniaque.

Le malade a été trouvé sans papier d'identité. Il est très agité.

Depuis quelques jours, l'agitation semble cependant tomber par moment.

3 juillet 1925. — Le malade, que l'on avait dû maintenir à plusieurs reprises depuis son entrée, s'échappe de son lit, à 11 h. 1/2. 5 cc. I-V calment immédiatement le malade, qui s'endort une demi-heure après, sans passer par la phase habituelle chez les maniaques, pendant laquelle ils s'efforcent de réagir à la narcose. Réveil 2 heures après. L'après-midi est calme et entrecoupée de courts sommeils de 2 heures environ, alternant avec des périodes de calme de même durée.

A la visite du 4 juillet, il est calme. Il fait comprendre qu'il ne tient pas à retourner en Espagne.

L'agitation reparait avec des périodes de calme.

Dans l'ensemble le malade paraît moins agité.

Le malade est transféré le 8 juillet. Une potion calmante lui avait été administrée. Peu turbulent pendant le trajet, il est arrivé à la frontière abattu par la fatigue du voyage.

OBSERVATION IX

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

C...fe D..., 58 ans, ménagère, entrée le 13 août 1919.

Psychose périodique à forme d'agitation maniaque.

Nombreux internements antérieurs, très agitée, parle ou chante sans arrêt, gesticulations, attitudes érotiques, crache en l'air, face congestionnée, se calme par période.

Au cours des deux dernières années, les accès d'agitation ont été très fréquents : 5 par an. La répétition constante des accès ne permet pas d'espérer une période de calme suffisante pour remettre la malade en liberté. La malade présente dans le sein gauche, une masse néoplasique fibreuse, à évolution lente. Traces d'albumine dans les urines.

20 avril 1925. — Pendant le déjeuner, 2 cc. I-V. — Action nulle.

22 avril. — 4 cc. I-V. — Produisent un effet immédiat. Sommeil de 16 heures.

25 avril. — Retour à l'état du 20 avril, un peu plus calme cependant.

OBSERVATION X

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle G..., domestique, entrée le 18 janvier 1915, à l'âge de 27 ans, pour psychose périodique à forme maniaque.

Une sœur aliénée.

Depuis 10 ans, accès répétés de manie. Les accès se répètent de plus en plus fréquemment. Les intervalles de calme ne durent guère plus de 2 à 3 semaines et les accès d'agitation ont à peu près la même durée. A chaque accès, la malade est alitée.

24 mars 1925. — Grosse agitation; nous pratiquons une

injection intra-veineuse de 3 cc. de somnifène. La malade s'endort 5 minutes après. Elle est réveillée à 17 h. Elle dine et se rendort pour toute la nuit, qui est bonne. La journée du lendemain est calme.

26 mars. — La malade refuse de manger à midi et se dresse sur son lit, gesticulant et criant; mais, cependant, son agitation est moins intense que l'avant-veille (La chemise n'a pas été remise depuis la piqûre). On pratique assez facilement une nouvelle piqûre de 3 cc. I-V. Endormie 5 minutes après, la malade se réveille à 16 h. Elle dine, mais s'agite légèrement de nouveau. On prend la température qui est de 38°.

28 mars. — La malade, qui est loin de présenter l'agitation de la semaine précédente, nous apparaît dans son lit avec une agitation très spéciale, comme « au ralenti ». Les gestes de la malade sont lents, et presque gracieux. Elle parle, mais sa parole est beaucoup moins vive, elle prononce bien distinctement, sans crier. Le faciès est calme, reposé.

4 avril. — 2 cc. I-V. — Amènent de petits sommeils de 2 heures environ, chacun dans l'après-midi. Nuit calme.

La malade est suffisamment calme et l'on ne renouvelle pas les piqûres.

Elle se lève le 17 avril.

La durée de la période de calme fut peu influencée. Depuis la malade a eu de nouveaux accès et l'agitation s'est montrée aussi violente qu'au cours des accès précédents, obligeant à maintenir la malade. L'emploi du somnifène a procuré, chaque fois, un sommeil de quelques heures et une certaine période de calme. L'agitation évoluant ensuite avec une intensité plus ou moins réduite.

OBSERVATION XI

(Service de M. le Docteur CARRIER)

S... Joseph, cultivateur, 31 ans. Entré le 10 juillet 1925, à l'Asile de Saint-Jean-de-Dieu, pour une psychose intermittente, se caractérisant par un accès de manie. Agitation psycho-motrice. Incohérence des idées et des actes.

Le malade a fait 3 séjours précédents à l'asile. Il rentre pour la 4^e fois, 4 jours après sa dernière sortie. Agitation pénible, très grande. Crise de fureur depuis quelques jours. Appoint alcoolique : vin blanc.

Les premiers accès, qui durèrent trois mois chacun environ, ont débuté brusquement par de l'agitation et des actes de violence, le portant à briser tout ce qui se trouve autour de lui. Il raconte qu'il a cassé une chaise à l'église. Il crie. Il parle avec un ton de prédicateur; c'est avec son âme qu'il le fait : ce disant, il se frappe la poitrine. Hallucinations, logorrhée, gestes obscènes.

La troisième fois, le malade se croyant persécuté, quitte son domicile, il est arrêté à Lyon par des agents. Cette fois, pas de renseignements.

Grande agitation psycho-motrice. Heureux de retrouver médecins et frères, il embrasse la main de tout le monde.

15 juillet 1925. — On fait coucher le malade à l'infirmerie, afin de pouvoir mieux le surveiller. Nous pratiquons une injection intra-veineuse de 5 cc. à 10 h. 1/2. L'agitation ne cesse pas immédiatement, et l'on dispose un paravent autour du lit du malade qui s'endort 20 minutes après la piqûre. Réveil 2 heures après. L'agitation reparait. La nuit, court sommeil de 2 à 3 heures, alternant avec des phases où le malade s'agite.

Le lendemain, l'agitation est presque revenue à son intensité habituelle. Un peu de chloral procure une bonne nuit.

17 juillet. — 11 heures, 5 cc. I-V. — L'agitation ne cesse pas immédiatement, mais le malade s'endort 7 minutes après. Réveil 2 heures plus tard. L'agitation reparait. Dans l'après-midi, 4 cc. intra-musculaire procurent 4 heures de sommeil.

18 juillet. — 9 h. 30, 5 cc. I-V. — Le malade, dont le lit est toujours entouré de paravents, s'endort 5 minutes après, et son sommeil dure 8 heures. On constate de la somnolence au réveil.

19 juillet. — L'agitation reparait, mais le malade est assez abattu toute la journée. Le 20 juillet, l'agitation a reparu, atteignant son intensité habituelle.

Il s'agit ici d'un malade taillé en athlète, grand (1 mètre 80), très musclé, en pleine période d'excitation du début.

OBSERVATION XII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle B., 45 ans, couturière, entrée le 15 avril, 1925 en état d'excitation maniaque.

Trois internements antérieurs, à St-Robert (Isère).

Propos incohérents et scandales dans les hôtels où elle va coucher chaque soir. Se mêle de tout, balaye les escaliers. Elle s'est enfermée 4 jours 1/2 dans sa chambre, puis s'est levée au milieu de la nuit et a changé toutes les chaussures de place. Dans la rue, elle s'est portée au devant d'une automobile pour l'empêcher d'avancer.

A l'interrogatoire, état d'hypomanie : la malade ne veut pas s'asseoir, elle se promène dans le bureau. Sa conversation, peu suivie, est très fantaisiste, elle rappelle des souvenirs de Grenoble, où elle a eu jusqu'à 14 ouvrières. Son désir, serait de monter un magasin de mode chic, pour hommes. Euphorie, idées de satisfaction. Assonance de mot : gant, camp, le grand camp. Elle habite avec son frère, à Lyon, où elle était venue chercher un local pour travailler.

Elle est toujours réglée. Bon état général.

L'agitation augmente au cours des 3 ou 4 premiers jours. Laisée libre les premiers jours, on est obligé ensuite de l'aliter, parce qu'elle tracasse tout le monde et gêne le service. Tout à fait sans gêne, elle découvre les autres malades, tire les cheveux de l'interne du service, etc.

18 juin. 1925. — 2 cc. I-V. — S'endort une demi-heure après. Sommeil de 6 heures. Nuit bonne.

Se lève le 20 juin.

23 juin. — Un peu agitée de nouveau. — 3 cc. I-V. — Sommeil de 8 heures. Depuis, la malade présente des périodes de calme de plusieurs jours, alternant avec des périodes d'agitation peu prononcée, et pendant lesquelles elle est alitée.

OBSERVATION XIII

(Service de la Clinique psychiatrique
de M. le Professeur J. LÉPINE)

C...fe D..., 40 ans, ménagère, entrée pour la 4^e fois, le 16 mai 1925.

Etat maniaque.

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux, on note : la mère hémiplegique, morte à 60 ans ; le père éthylique, de bonne santé habituelle, est décédé à 64 ans ; une sœur bien portante ; un frère mort du croup à 8 mois.

Personnellement, elle a eu la scarlatine à 10 ans ; le rhumatisme articulaire à 12 ans. Les règles sont apparues à 15 ans, un peu longues de durée, mais régulières. Elle a une fillette de 3 ans en bonne santé.

La malade raconte qu'elle avait des cauchemars, ne dormait plus, était éniervée, irritable.

La malade présente une dyspnée d'effort, elle est pâle, les lèvres sont décolorées. La pointe du cœur bat dans le 6^e espace. Choc fort. Souffle systolique inconstant. Pas d'arythmie. On remarque un goître avec souffle léger, tremblement nerveux des doigts, pas d'exophtalmie.

Assez calme pendant l'interrogatoire, elle raconte avec volubilité les circonstances de son entrée. Fausses reconnaissances. Elle présente aussi des hallucinations de l'ouïe, un homme crie : assassin.

19 mai 1925. — La malade est très agitée. — 4 cc. I-V. — Elle réagit contre la narcose. Elle continue à s'agiter, et l'on est obligé de la maintenir. La malade s'endort un peu plus tard pendant 3 heures.

Petit à petit se réinstalle l'agitation motrice et verbale.

OBSERVATION XIV

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. G..., 25 ans, commerçant, entré le 23 novembre 1924, avec le diagnostic d'état maniaque chez un tuberculeux.

Son père, alcoolique, très emporté, est mort à 47 ans, d'une tuberculose contractée sur le front. Sa mère est vivante, se porte bien.

Une sœur vivante, âgée de 26 ans, de bonne santé habituelle. Une autre sœur, morte en très bas âge. La mère n'a jamais eu de fausse couche.

Le malade, placé en nourrice, aurait été mal soigné et mal nourri, d'où une enfance chétive. Peu à peu, le développement physique est redevenu normal. G..., d'une intelligence moyenne, fut un élève bien ordinaire. D'un caractère agréable, il est avant tout un sensible, un affectueux, un timide. A 16 ans, il quitte le lycée pour faire des études d'architecte, qu'il doit bientôt abandonner, en raison de son état physique, très touché. Au repos, il fait de la suralimentation et reprend physiquement.

Depuis 3 mois environ, il s'était remis à ses études avec acharnement, travaillant jour et nuit, mais ne tardant pas à donner des signes de surmenage. Il devient triste, dort peu, mange mal. En outre, il présente en état de phtisiophobie caractérisé ; dit qu'il ne doit pas dépasser 24 ans, que son heure est venue. La phtisiophobie sans symptôme physique net, remonterait à plusieurs années, depuis le décès du père.

Le 15 novembre 1924, il se rend sur la tombe de son père, on y faisait des réparations, il voit le cercueil. On lui montre, à côté, un caveau, qu'il visite. Il dîne mal, répond à peine quand on lui adresse la parole, semble entièrement détaché, a un regard bizarre.

Dans la nuit, il se lève, fait du bruit, sa mère se rend auprès de lui ; il se recouche. A 5 heures du matin, de nouveau grand bruit dans sa chambre, sa mère arrive au moment où il faisait mine de se jeter par la fenêtre ; on aurait eu toutes les peines du monde à l'en empêcher.

Il est agité, avec grande excitation intellectuelle. Depuis, l'état délirant augmente, il se dit poète, a des idées de grandeur, il tient des propos incohérents, profère des insultes, jure beaucoup.

11 février 1925. — Malade toujours très agité et délirant. Mange beaucoup, assimile mal. Sommeil troublé. Cuti-réac-

tion à la tuberculine : Scarifications sèches, pas de réaction apparente.

24 février. — A 17 heures, 3 cc. S. I-V. — L'excitation augmente jusqu'à 10 heures du soir, heure à laquelle le malade s'endort jusqu'au lendemain matin. Le réveil est pénible, le malade paraît sortir d'un état d'ivresse.

2 mars. — 3 cc. 1/2. I-V. — Même phénomène, augmentation de l'excitation pendant 1 heure seulement. Sommeil assez bon, réveil avec quelques cris et paroles incohérentes.

4 mars. — 4 cc. 1/2. I-V. — L'effet est immédiat. Le malade tombe comme assommé. La narcose est telle que l'on a pas pu réveiller le malade pour l'alimenter. Le pouls est normal. 5 heures après, réveil sans excitation. La nuit est calme. Le sommeil entrecoupé de réveils.

5 mars. — 4 cc. 1/2. I-V. — Sommeil immédiat, et dure environ 3/4 d'heure. Attitude d'un homme ivre.

7 mars. — Mêmes observations. — 4 cc. I-V.

8 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes phénomènes. Sommeil d'une durée de 3/4 d'heure. 1 heure, puis, somnolence avec période de sommeil vrai, entrecoupé de réveils, pendant lesquels le malade cause.

11 mars. — 4 cc. 1/2. I-V. — Le sommeil n'est plus immédiat. L'excitation tombe seulement, il y a surtout de la somnolence.

A noter chez ce malade sa sensibilité aux hypnotiques en général.

18 mars. — Actuellement malade très amélioré.

Agitation dans la démence précoce

OBSERVATION XV

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle B..., 28 ans, employée, entrée le 15 novembre 1917.

Démence précoce à forme hébéphrénique.

Presque continuellement agitée depuis plusieurs années,

crie dans son lit, gesticule, insulte ceux qui lui parlent. Incohérence des propos. Fait des grimaces. Très impulsive, à différentes reprises elle a frappé des malades, des infirmières et même sa mère quand celle-ci vient la voir.

On est obligé le plus souvent de la maintenir au lit.

4 mars 1925. — L'insomnie et l'agitation plus vive depuis quelques jours nous décident à faire une piqûre intra-veineuse de somnifène de 2 cc. 1/2.

La malade s'endort une demi-heure après. Nuit calme.

6 mars. — 2 cc. 1/2 I-V. — Les 2 journées suivantes sont calmes.

9 mars. — L'agitation reparait. — 3 cc. I-V. — Amènent un sommeil de 14 heures et la malade reste calme les jours suivants pendant lesquels on supprime les moyens de contention et la surveillance habituelle.

OBSERVATION XVI

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle R..., 35 ans, domestique, déjà internée à l'asile de Bron, en 1916-1917, pour idées de persécution et de grandeur mal systématisées. Interprétations délirantes. En passant devant un cinéma et regardant l'affiche, elle a compris que c'était elle, puisque le docteur l'avait passée aux rayons X. A un dîner chez son patron, elle n'osait servir un jeune homme qui ressemblait à son dernier ami avec qui elle est restée 10 mois. Au bout de quelques instants d'entretien, passe d'une idée à l'autre, sans suite; se compare à Landru, puis à Adam, déclare qu'elle aurait toujours désiré être un homme.

21 janvier 1922. — L'incohérence s'accuse : on dit qu'elle a 36 enfants, ça se dit dans tout l'univers, mais ce n'est pas vrai, elle n'en a jamais eu. Mêle ses souvenirs sans ordre aux rémarques qu'elle fait sur l'entourage.

Juin 1925. — Depuis plus de 3 ans, le diagnostic de DP s'est confirmé. La malade s'est montrée constamment bizarre, discordante, inadaptée, de plus elle est impulsive et méchante.

20 juin. — Mutisme et négativisme accentués. 3 cc. I-V. — On la réveille pour dîner, se rendort, nuit calme.

23 juin. — La malade est assez calme. 3 cc. intra-musculaire amènent au bout d'une heure seulement 6 heures de sommeil.

L'analyse des urines, avant la première piqûre, avait décelé des traces d'albumine. Un nouvel examen des urines après la deuxième piqûre donna un résultat identique. La malade présente pendant quelques jours une diminution réelle de son négativisme, répondit à quelques questions simples. Elle retomba ensuite dans son état habituel.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle G..., 27 ans, domestique. A son entrée, le 4 octobre 1921, elle présente de la confusion mentale avec fièvre et agitation. Traitée pour la troisième fois. Les deux internements précédents ont eu lieu aussi pour confusion mentale. Le père a été lui-même interné plusieurs fois.

A l'entrée, désorientation, obnubilation, hébétude, T. 39°. S'agite deux jours après et parle sans discontinuer à voix basse, sans qu'on puisse comprendre ce qu'elle dit. Dans les jours suivants, elle est alternativement stupide et muette ou turbulente et agitée. La fièvre disparaît au bout de 9 jours.

Depuis cette période aiguë, la malade n'a pas retrouvé son état normal. Elle a traversé une assez longue période de stupeur avec mutisme, restant indifférente à tout et ne répondant pas aux questions.

Depuis plus d'un an, au contraire, elle est continuellement en état d'agitation. Elle parle beaucoup, fait des grimaces qui tendent à se stéréotyper. Elle évolue peu à peu vers l'état de manie chronique avec affaiblissement démentiel des facultés.

2 mars 1925. — L'agitation étant plus forte ces jours-ci, 4 cc. I-V. amènent au bout de 5 minutes un sommeil profond de 17 heures. On n'a pas pu réveiller la malade le soir de la piqûre pour la faire dîner. (La piqûre avait été faite

à 15 h. 40.) La malade, à son réveil, présente la phase d'hébétéude et de somnolence habituelles. L'euphorie est complète, la malade reconnaît bien les personnes qui l'entourent, celle qui lui a fait la piqûre, etc. Reprise du tic, mais peu accentué, comme ébauché. L'influence de la piqûre semble se prolonger 3 jours, après lesquels l'agitation reprend peu à peu, jusqu'à son intensité habituelle.

27 mars. — 2 cc. I-V. — Réveil pour le dîner, nuit calme.

13 juin. — 4 cc. I-V. — Sommeil de 12 heures. Journée du lendemain calme.

14 juin. — 2 cc. I-V. — Sommeil de 10 heures. Durée presque égale avec une dose moitié moins forte.

Calme les quelques jours suivants.

Agitation dans la paralysie générale

OBSERVATION XVIII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

D..., fe C..., 39 ans, couturière, entrée le 28 avril 1924, avec le diagnostic de paralysie générale progressive.

Mariée depuis 10 ans, la malade n'a pas d'enfants. Elle n'a jamais eu de fausse-couche. Affaiblissement global des facultés intellectuelles, troubles très marqués de la mémoire. La malade négligeait complètement les soins de son ménage et de sa personne. Désorientée, inconsciente de sa situation, elle cherche à partir continuellement. Euphorique.

La ponction lombaire avait montré quelques lymphocytes, 6 divisions du tube de Picard d'albumine et le benjoin positif.

L'embarras de la parole est devenu considérable; grognements presque intelligibles, tremblement des doigts et de la langue. Pas de signes pupillaires. Exagération des réflexes rotuliens. Gâtisme.

23 juin 1925. — Agitée depuis quelque temps, elle crie et se plaint continuellement jour et nuit, empêche les autres malades de dormir.

2 cc. I-V calment instantanément la malade qui s'endort et reste tranquille les jours suivants.

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. J..., 38 ans, miroitier, entré le 25 février 1925.

Paralyse générale progressive.

Père décédé d'un cancer de la gorge à 51 ans. On relève plusieurs cancers dans la famille. Mère vivante atteinte de néphrite.

Tempérament nerveux, exubérant, le malade est fils unique, bonne santé habituelle.

Commotionné pendant la guerre. Il a fait 8 mois de séjour à Salonique où il a présenté de petits accès de paludisme. Plus d'accès depuis la démobilisation.

Père de deux enfants naturels, qui se portent bien. Il est marié depuis 7 ans et on ne relève pas de fausse-couche chez sa femme. Il se plaint fréquemment de migraines, et depuis 4 mois environ, il est impuissant mais très ardent au point de vue génital, jaloux et ombrageux, il exagère ses effusions sentimentales envers sa femme. Il paraît affecté de son impuissance.

Les troubles actuels ont débuté brusquement le 20 janvier. Le malade, qui avait bu un peu plus que de coutume, se met à parler de ses affaires d'argent toute la journée, scène sentimentale avec idée de désespoir, il parle à voix basse et fait des gestes dramatiques. Le lendemain il est exubérant, offre à sa femme un diamant qu'il avait acheté à crédit. L'entourage surveille le malade. Celui-ci va de café en facé, offrant le champagne à toutes les personnes qu'il rencontre et avec qui il avait des relations d'affaires ou d'amitié. Le soir il invite à dîner des amis et annonce les fiançailles de sa fille. Il se livre à toutes sortes d'excentricités, chantant et criant des injures,

Il continue les jours suivants à tenir des propos incohérents. Se disant détective. Il s'est fait passer pour inspecteur de la sûreté. Il a paru se rendre compte de son acte et a dit à sa femme : c'est mon premier chef-d'œuvre. La nuit, il se lève pour lire le journal qu'il tient à l'envers et, les yeux hagards, il dit : je ne vois plus ce que je lis. Entre temps, il chante des chansons obscènes et a envers sa femme des écarts de langage inaccoutumés. Il achète un revolver et déclare à un de ses amis qu'il est pisté par des policiers. Il rentre à la maison chargé de paquets contenant des gâteaux et des produits alimentaires pour une valeur de plusieurs centaines de francs.

Après déjeuner, il se rend au garage où il remise sa voiture, et avisant un pan de mur, il se met à tirer pour essayer son revolver. C'est à la suite de ce délit qu'il est arrêté.

Signes physiques. — Appareil digestif, poumons et cœur normaux. Foie un peu gros, non douloureux. Les réflexes des membres inférieurs sont exagérés avec tendance à la trépidation. Pupilles en myosis. D > G ne réagissent pas à la lumière. Pas de dysarthrie.

Ponction lombaire. — Albumine: 0,71. 3 à 4 lymphocytes par champ. Benjoin : +.

3 mars 1925. — Malade très agité, on fait 4 cc. I-V. à 16 h. 1/2 l'excitation disparaît quelques instants après, le malade ne dort pas cependant. Le sommeil apparaît 2 ou 3 heures pendant la nuit. Pas d'excitation au réveil.

5 mars. — 4 cc. I-V. — à 16 1/2. Le sommeil apparaît plus rapidement que la veille, sans constatation de cet état d'ivresse si fréquent chez les autres. Le sommeil se poursuit pendant la nuit, mais entrecoupé de réveils.

6 mars. — 4 cc. I-V. — à 16 h. 1/2. Le sommeil apparaît aussi rapidement, mais est meilleur. Pas d'excitation au réveil.

15 mars. — Le malade est plus calme. On n'a pas eu besoin de continuer le somnifène.

OBSERVATION XX

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur RÉMI COURJON)

M. B..., 42 ans, entrepreneur, entré le 3 février 1925.

Paralysie générale progressive.

Il n'y a rien de mental à signaler dans la famille du malade.

Trois enfants bien portants. Il n'y aurait pas eu de fausse-couche chez sa femme. Le malade nie la syphilis et il se serait toujours bien porté.

Il a commencé récemment à présenter des signes d'affaiblissement intellectuel. Il aurait fait des abus d'alcool.

A son entrée, le malade présente les signes suivants : Excitation mentale, logorrhée, propos sans suite, désorienté dans le temps et dans l'espace, agitation motrice. Idées de grandeurs : « J'ai quinze maisons, ça me rapporte des milliers de francs, j'ai acheté une Cottin-Desgouttes, j'irai visiter l'Italie, Nice, Cannes, etc.

Réflexes vifs, inégalité pupillaire. $D > G$. Pupilles paresseuses, surtout la droite, dysarthrie.

Ponction lombaire. — Albumine: 0,71, 2 à 3 lymphocytes par champ, benjoin: +.

3 mars 1925. — Le malade est très agité. On lui fait une lente injection intra-veineuse de somnifène à la dose de 2 centimètres cubes. Le malade s'endort assez rapidement.

Le malade, plus calme les jours suivants, les injections n'ont pas été renouvelées.

OBSERVATION XXI

(Service de M. le Docteur CARRIER)

M. D..., 42 ans, entré le 24 juin 1925.

Paralysie générale.

En traitement à l'hospice de la Charité, à St-Etienne depuis le 12 juin, où il a fait un accès confusionnel. Halluciné, il se croit poursuivi par des gens qui veulent le tuer.

Pas d'aliéné dans la famille.

Depuis 3 ans, fréquents maux de têtes, depuis 5 ans plusieurs ictus. Est anxieux, tourmenté.

A son entrée, le malade se perd dans une histoire d'otite, confusion des idées et des actes, idées délirantes polymorphes. Son frère lui faisait la guerre, prenait sa femme. Propos très incohérents; sa mère a fait 25 œufs, qui sont devenus des enfants. Illusions de fausses reconnaissances; croit voir son oncle.

Légère inégalité pupillaire. Argyll-Robertson, dysarthrie, tremblement des lèvres et de la langue.

Agitation par intervalle, affaiblissement intellectuel, alternative d'euphorie et de désespoir; il est isolé en chambre en état d'excitation pénible, insomnie à peu près constante.

15 juillet 1925. — 3 cc. 1/2 S. I-V. — 11 heures. S'endort 5 minutes après. Le malade se réveille après 4 heures de sommeil paisible et l'agitation reparait. La nuit, sommeil de quelques heures.

Le lendemain, l'agitation existe, mais moins intense que d'habitude. Un peu de chloral procure une nuit parfaite.

15 juillet. — 3 cc. I-V. — 11 h. 1/2. S'endort 5 minutes après. Sommeil de 4 heures. L'agitation reparait, moins forte cependant. On pratique vers le soir une piqûre intra-musculaire de 2 cc. sans résultat.

18 juillet. — 3 cc. I-V. — 10 heures. S'endort immédiatement d'un sommeil calme. S'éveille vers 20 heures, soit 10 heures de sommeil, pas d'excitation au réveil.

19 juillet. — L'agitation revient peu à peu à son intensité habituelle.

OBSERVATION XXII

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. B., 48 ans, commis-greffier, entré le 11 décembre 1924.

Etat maniaque au cours d'un syndrome paralytique. Terminaison par délire aigu. On relève dans les antécédents :

Mère vivante, 84 ans, bonne santé, tempérament nerveux.

Père mort à 64 ans, caractère apathique, aurait bu pendant quelque temps.

Une des 3 sœurs vivantes est devenue très nerveuse depuis la guerre. Une sœur morte à un an de convulsions.

Pas de maladie antérieurement à la guerre. Bonne santé physique. On note les premiers troubles de caractère à la suite d'une commotion à Verdun, en 1916; il a été déterré par des camarades. Envoyé à Salonique, il y contracte le paludisme.

Il reprend ses fonctions après la guerre, travaille consciencieusement. Caractère modifié, dort mal, mange peu, fait des accès de paludisme.

En janvier 1922, une pièce à conviction disparaît, il est blâmé par le conseil de discipline, d'où un gros choc émotif. Un syndrome à caractère mélancolique s'installe. Il obtient un congé de 6 mois. A son retour, l'asthénie persiste, il apprend que l'on connaîtrait le vrai coupable. Il dépose une plainte. Le malade croit que le tribunal soutient le coupable, il s'excite, néglige son travail, fait de fréquents voyages, écrit au parquet, au ministre, ne dort presque plus. Les chefs le décident à se reposer. Il consulte à Paris, saute les murs de la maison de santé, revient à Lyon, dit que c'est parce qu'il a déposé une plainte qu'on l'enferme.

Ponction lombaire. — Albumine : normal, nombreux lymphocytes; benjoin : —

25 février 1925. — Le malade a tenté de donner des coups aux infirmiers, il avait cassé son lit et s'était emparé d'une barre de fer. Etat général médiocre.

6 mars. — Le malade s'affaiblit, il se nourrit mal, état confusionnel accentué.

2 mars. — Plusieurs piqûres sous-cutanées de somnifène n'avaient donné de résultats appréciables qu'au bout d'un certain temps.

Une piqûre intra-veineuse de 3 cc., faite très lentement, amène une résolution musculaire quelques minutes après, le malade se met à bredouiller, paraît ivre. Une heure et demie après, on constate un ralentissement du pouls et on pratique une injection d'huile camphrée de 5 cc.

3 mars. — 3 cc. I-V. — La piqûre est faite à la même heure que la veille, à 16 h. 1/2, le malade s'endort rapidement, se réveille trois quarts d'heure après sans excitation. Le som-

meil reprend ensuite, coupé de nombreux réveils, même état d'ivresse.

Le malade s'affaiblissant les jours suivants, les piqûres ont été supprimées.

Le malade meurt en état de délire aigu le 19 mars.

OBSERVATION XXIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. D..., 53 ans, cafetier, entré le 3 mars 1925.

Paralysie générale avec réactions violentes.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires.

On ne lui connaît pas de maladie antérieurement à 1918. Santé habituelle bonne, caractère vif. Pas de fausse-couche chez sa femme, deux enfants nés à terme, ayant fait tous les deux des convulsions, l'un à 4 mois 1/2, l'autre à 15 mois. Au commencement de 1918, il présente une amaurose subite bilatérale et on fait des injections intra-veineuses pendant 6 mois. Le malade recouvre la vue.

En 1919, le malade perd un de ses enfants et éprouve un gros choc émotif, donnant naissance à un état de dépression avec fatigabilité rapide, difficulté au travail, céphalée, insomnie et douleurs généralisées. On fait une nouvelle série d'injections produisant une bonne rémission. Le malade achète alors un café qu'il exploite bien. Il se plaint de temps à autre de fourmillement dans les membres et surtout de migraines.

Octobre 1924. — A la suite de gros ennuis à propos de la déclaration du chiffre d'affaires, il présente à partir de cette époque, de gros troubles de caractère avec idées mégalomaniaques de plus en plus accusées. D'autre part, le malade se met à boire beaucoup plus que de coutume. Grosses absences de mémoire.

Calme au début, le délire est devenu de plus en plus bruyant depuis une quinzaine de jours, le malade est agité tant physiquement que mentalement, il veut acheter des villas, des autos, il gagne des centaines et des centaines de mille francs par an.

Rien du côté du cœur et des poumons, tube digestif normal, les réflexes tendineux sont vifs, inégalité pupillaire, Argyll-Robertson.

Ponction lombaire. — Benjoin: + Lymphocytose, présence de sang.

2 mars 1925. — 2 cc. S. I-V. sans effet, le malade crie toute la nuit.

3 mars. — 3 cc. I-V. sans effet, à 9 heures du soir injection sous-cutanée de 3 cc. qui diminue un peu l'excitation.

5 mars. — 4 cc. 1/2 I-V. — Le malade était très excité, on obtient le calme pendant 1 heure 1/2, mais l'excitation recommence, le malade crie toute la nuit.

6 mars. — 4 cc. 1/2. — Effet calmant plus marqué que la veille. S'endort de suite, se réveille trois quarts d'heure après, reprend son excitation 1 heure, puis le sommeil réapparaît.

7 mars. — 4 cc. 1/2. — Les périodes de sommeil sont augmentées.

8 mars. — 4 cc. 1/2. — Mêmes constatations, mais pas de sensation d'ivresse.

11 mars. — 4 cc. 1/2. — Le malade très excité se calme environ pendant 1 heure. Pendant la nuit a dormi deux heures.

L'excitation diminue les jours suivants.

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur RÉMI COURJON)

M. P..., 57 ans, rentier, entré le 1^{er} octobre 1924.

Etat maniaque chez un paralytique général.

Grosse excitation mentale et physique, délire de grandeur : « Je vous achète votre établissement, je vous donne 10 millions, 20 millions. »

Incôhérence, agitation à caractère maniaque, nous reçoit et reçoit chaque visite par le même cri : Vive le roi! Vive l'empereur! Refuse de s'alimenter, prend quelques gorgées de lait, puis s'arrête en disant que cela lui fait mal. On n'a pas noté de phénomènes hallucinatoires, logorrhée et crises de larmes.

Sujet amaigri, les yeux hagards, masque impassible. Rien

de particulier à noter du côté de l'appareil digestif et du foie. Légère circulation collatérale région abdominale gauche. Bruits du cœur normaux. Artères dures. T.A., 14-7 1/2. Réflexes rotuliens cutanés vifs. Pupilles inégales paresseuses à la lumière.

Ponction lombaire. — Liquide louche. Lymphocytose et benjoin : +.

2 mars 1925. — 2 cc. S. I-V. — Reste excité pendant une heure, puis s'endort. Quelques petites périodes d'excitation pendant la nuit. Bien au réveil, la journée du lendemain est assez bonne.

3 mars. — 3 cc. I-V. — Le malade s'endort presque immédiatement jusqu'au lendemain.

4 mars. — 4 cc. 1/2 I-V. — S'endort presque aussitôt, se réveille trois quarts d'heure après, même sensation d'ivresse. Bien le lendemain.

5 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes constatations.

6 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes constatations.

8 mars. — 4 cc. I-V. — Mêmes constatations.

L'excitation est moins grande. On a suspendu les piqûres.

Agitation dans la confusion mentale

OBSERVATION XXV

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle C..., 33 ans, domestique, entrée le 23 septembre 1924. Elle présente un état confusionnel avec grande agitation intellectuelle et motrice.

Désorientée dans le temps et dans l'espace, très agitée, continuellement en mouvement. Propos incohérents, elle ne répond correctement à aucune question. Il est impossible de fixer son attention.

2 mars 1925. — L'état d'agitation persiste, très accentué, depuis l'entrée. — A 15 h. 40, 4 cc. S. I-V. — S'endort

profondément 10 minutes après la piqûre. Nous avons constaté au moment de l'injection une mydriase subite et la malade signale des troubles de la vue : « je vois tout trouble ». Réveil le 3 mars, à 8 heures.

4 mars. — A 16 h. 1/2, 4 cc. I-V. — Réveil, 5 mars, à 10 heures.

Calme les jours suivants. La malade n'est plus maintenue.

17 mars. — L'agitation a repris, mais moins forte. — On injecte 2 cc. I-V.

23 mars. — 2 cc. I-V. — Pas de tendance immédiate au sommeil.

Calme les jours suivants.

Dans le mois d'avril, la malade peut être levée, mais elle se montre encore difficile, taquine, assez violente. Elle quitte l'infirmerie et change de division. Sa tenue est débraillée, elle ne veut pas garder ses chaussures, elle crie par intervalles.

2 juillet. — Amélioration plus marquée depuis une quinzaine de jours. La malade raconte qu'elle a déjà fait un séjour de 9 mois à l'asile de Privas, en 1919. Elle se montre encore bizarre dans certains de ses propos, mais elle est orientée maintenant et satisfait d'une façon correcte à la plupart des questions.

Sa famille pourra bientôt la reprendre.

Délire aigu alcoolique

OBSERVATION XXVI

(Service de M. le Docteur DODERO)

M. S..., 40 ans, ouvrier des lignes aux P.T.T., entré le 22 mars 1925 pour délire aigu alcoolique.

Le malade est représenté par ses voisins et par sa femme, comme un alcoolique invétéré, buvant même la nuit.

Il se lève, dans la nuit du 19 mars, et veut partir à son travail ; il enjambe la fenêtre au lieu de sortir par la porte.

Les crises se renouvellent, et la dernière est particulièrement intense ; inconscient, ne sachant plus ce qu'il dit ni

ce qu'il fait en état d'excitation extrême, il crie, menace, est très violent. La femme confie sa petite fille à une voisine. Le malade parvient à s'échapper en chemise dans la rue, il est ramené par des agents cyclistes.

A son entrée, le malade est très agité, halluciné, avec logorrhée intense, il présente des tremblements des muscles de la face, des doigts et des bras. Faciès vultueux, hypersudation considérable.

Il s'agit d'un homme vigoureux, ayant un bon état général, grand, musclé, pesant environ 75 kilogs.

Le même jour, à 14 heures, une injection intra-veineuse de somnifène est pratiquée, à la dose de 3 centimètres cubes. L'agitation paraît se calmer, mais pas de tendance au sommeil. A 17 heures, l'agitation, qui avait paru céder, reparait. On maintient le malade et la piqûre est renouvelée à la même dose de 3 centimètres cubes. Assez rapidement alors le calme apparaît, et le malade s'endort jusqu'au lendemain matin. Dans la nuit, la température a passé par 40°4 et 39°4, pouls 90.

A la visite du 23 mars, le malade est très somnolent, et l'on doit insister pour obtenir quelques réponses correctes. Cependant, au cours de l'interrogatoire, il paraît présenter un syndrome confusionnel; il voit des gens monter avec des échelles aux fenêtres, et dit que des équipes d'ouvriers travaillent à jeter des pierres par le calorifère.

A midi, le malade semble sortir de sa torpeur.

Le malade n'a pas dormi dans la nuit du 23, mais il ne s'est pas agité.

Les jours suivants, le malade est revenu parfaitement normal, sans qu'il ait été utile de faire d'autres piqûres.

Il se lève le 25 mars.

Il sort de l'asile le 16 avril 1925.

L'intérêt de cette observation, consiste dans l'amélioration rapide d'un délire aigu alcoolique, par l'emploi du somnifène, analogue aux observations d'Hamant et Benech (in *Thèse de Kindler*) et de Pavlovitch. Les accidents d'intoxication n'ont pas été aggravés par le somnifène intra-veineux à dose réfractée, de façon à n'injecter que le moins possible de médicament.

Agitation dans les états mélancoliques

OBSERVATION XXVII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

F..., fe C..., 43 ans, entrée le 6 septembre 1924.

Mélancolie anxieuse, avec réaction suicide.

Son mari est décédé de méningite cérébrospinale, le 30 juin 1924. Gros choc émotionnel ! Elle se découvre tout à coup des torts, croit qu'on va l'arrêter, la guillotiner pour avoir mal soigné son mari. Fait 3 tentatives de suicide (noyade, coup de revolver, strangulation) pour se soustraire à la guillotine, et ne pas déshonorer sa famille.

A son entrée, elle est très anxieuse, cherche à s'étrangler avec des liens, impossible à interroger, oppose un mutisme absolu.

12 novembre 1924. — Elle entend des insultes et des grossièretés, se demande s'il faut y répondre. Etat d'anxiété causé par des troubles délirants et hallucinations.

28 novembre. — Entend toujours des voix, on dit qu'on fait brûler du monde. Son anxiété traduit une grande douleur morale.

12 janvier 1925. — Toujours anxieuse et délirante mélancolique. Elle dit elle-même qu'elle a fait du mal, et cependant ce n'est pas vrai. Automatisme mental continu.

15 février. — Très tourmentée, veut mettre le feu à ses cheveux.

28 avril. — Toujours très tourmentée, « Je ne sortirai pas d'ici, ils m'ont fait du mal, mes fils n'ont pas vendu la France, ce n'est pas vrai, etc... »

2 cc. S. I-V. — Effet : 1/2 heure après, s'éveille pour dîner.

TA avant l'injection : 17 1/2 — 11 1/2.

Après 5 minutes : 16 — 11.

Passe une bonne nuit et est bien calme dans la journée du 29.

7 mai. — 2 cc. I-V. — Mydriase, s'endort 5 minutes après.

9 mai. — 2 cc. I-V. — S'endort 5 minutes après.

Moins tourmentée les jours suivants que d'habitude.

Quelques temps auparavant, une série de 6 ampoules de sédol dont on avait injecté une ampoule quotidiennement, n'avait produit d'effet qu'au bout de 3 jours. Les 3 derniers jours, la malade était restée plus tranquille, mais sans dormir.

OBSERVATION XXVIII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle L..., 61 ans, entrée le 26 février 1925, avec un syndrome mélancolique, hallucinations sensorielles et tentatives de suicide.

Avait déjà eu quelques troubles mentaux bien avant la guerre, il y a 20 ans ; ne fut pas internée, avait des idées de suicide, mais sans idée de persécution. C'est le seul cas connu dans la famille.

Nez en pied de marmite typique. Ozène, denture absente, Pas de cicatrice de kératite ancienne. Réflexes pupillaires et rotuliens existent. Ni foie, ni rate augmenté de volume. Malade tourmentée, répond très mal aux questions, ne parle que de sa fille, à qui l'on a fait subir toutes sortes de souffrances. Fausses reconnaissances. Idées d'auto-accusations. « J'ai assassiné ma fille et mon petit ». Elle a fait plusieurs tentatives de suicide. Parfois, elle menaçait sa fille de l'étrangler.

7 avril 1925. — Elle crie à tue-tête : « Vous avez condamné ma fille, vous l'avez brûlée toute vive. Vous me mettrez toute nue, dans la cour, et tout le monde me battra. Qu'on me tue, je veux brûler. »

15 avril. — Sa fille est dans l'enceinte de l'asile ; elle l'entend qui l'appelle.

20 avril. — La malade ne cesse de gesticuler. Elle se lève de son lit à plusieurs reprises. Elle se jette à genoux, les mains jointes, puis bondit sur les infirmières. Elle crie : « On assassine ma fille dans la cour, écoutez là crier, elle est à l'échafaud. L'agitation anxieuse est très prononcée. Nous

pratiquons 2 centimètres cubes et demi de somnifène intra-veineux. La piqûre est faite sans difficulté. Elle est immédiatement calmée. Nous lui parlons, mais elle supplie toujours que l'on sauve sa fille. Peu à peu, elle se tait, et s'endort environ une demie heure après. Elle se réveille dans l'après-midi, parfaitement calme, dine et passe une bonne nuit.

Les jour suivants, la malade ne cherche plus à quitter son lit. Le retour au calme est rapide et il est inutile de renouveler la piqûre.

Juin. — La malade reconnaît avoir eu des idées délirantes. Elle a abandonné ses idées de persécution.

Elle sort, guérie, le 26 juin.

Le fait que la guérison rapide de cette malade a suivi de près, l'injection de somnifène, n'est sans doute qu'une simple coïncidence; mais, on peut se demander cependant si dans certains cas, le traitement, appliqué à un moment favorable, en procurant quelques jours de repos complet, tant au système nerveux central et aux appareils sensoriels, qu'à tout l'appareil musculaire, ne peut amorcer une guérison qui serait encore lointaine.

Il s'agissait ici d'une malade très délirante, hallucinée et anxieuse, chez laquelle on n'aurait pas osé espérer un dénouement favorable, à si brève échéance.

OBSERVATION XXIX

(Service de la Clinique psychiatrique
de M. le Professeur J. LÉPINE)

Mme M..., 46 ans, entrée le 7 mars 1925.

Etat mélancolique, au cours d'une folie intermittente. Bouffées anxieuses.

Premier internement en mai 1920. La malade, à son entrée, est plongée dans un état de torpeur et refuse de répondre aux questions qui lui sont posées. Elle reconnaît cependant qu'elle a présenté, le matin même, un accès d'agitation.

Elle vivait avec son mari et sa fille. Le mari déclare que la malade était déjà bien énervée depuis un an; c'était

irrégulier, mais, dans les derniers temps, elle a eu plusieurs accès d'agitation avec cris, lamentations; disait qu'elle était ensorcelée, appelait ses enfants, bien qu'ils soient auprès d'elle.

La malade présente au sein droit une lésion de nature néoplosique.

La malade, qui est le plus souvent en état de demie stupeur, avec inhibition, mutisme, ralentissement de l'idéation, présente parfois des bouffées d'agitation anxieuse, au cours desquelles elle cherche à quitter son lit et à fuir.

15 mars 1925. — En présence d'un accès d'agitation avec angoisse, congestion de la face, cris, tentative de fugue, on pratique une injection intra-veineuse de somnifène, à la dose de 4 cc. qui calme immédiatement l'accès, mais la malade ne dort pas. On la fait dîner.

14 mars. — La malade est assise dans son lit, après avoir passé une nuit tranquille. Son faciès est vultueux, sans expression, elle regarde autour d'elle, paraît toute désorientée. Elle reste bien calme toute la journée, répondant volontiers quand on la questionne. La langue est rouge sur la pointe, saburrale au fond. Les pupilles réagissent bien aux deux modes. Les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu vifs.

Depuis, la malade s'améliore, s'occupe, parle un peu, mais toujours à voix basse, est encore déprimée.

OBSERVATION XXX

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

S..., fe H..., 40 ans, tisseuse, entrée le 4 mars 1925 pour mélancolie anxieuse.

La maladie remonte au 27 février. C'est le premier internement, pas d'hérédité connue. Dès le début, elle a dit qu'on voulait la faire mourir et a eu des idées de suicide. La malade n'a pas d'enfant, un enfant est mort en venant au monde, en 1911.

5 mars 1925. — La malade se lamente à haute voix. Gémissements sans arrêts entrecoupés de phrases indiquant des

idées de persécution; « On ne devrait pas me faire souffrir comme cela. » Se calme un peu par moment, mais l'anxiété inhibe son attention. Le 1^{er} janvier, elle a eu une grosse émotion; un homme jeune était mort, à côté de chez elle, après 2 ou 3 jours de maladie, dans une crise. Elle en a été très impressionnée, car elle a assisté à ses derniers moments. On a parlé de grippe infectieuse. Le 3 janvier, elle est elle-même grippée. Elle va rapidement mieux, mais, dit-elle, on lui faisait du mal de partout: « Ils auraient dû me faire mourir tout de suite »; impossible de savoir de qui il s'agit: « Je ne les connais pas, je n'en sais rien, c'était un sort que l'on m'avait jeté, le père Richard devait me l'enlever, mais il m'a abandonné. On aurait dit que j'étais un cadavre. »

Les lamentations ne cessent pas, l'anxiété domine tout le tableau, il est impossible de prendre la tension artérielle à cause du négativisme anxieux. On prend la tension artérielle un moment après, la malade étant couchée, et l'on injecte 2 cc. de somnifène dans les veines. La malade s'endort et fait de courts sommeils de 2 heures dans l'après-midi. Nuit calme.

7 mars. — 2 cc. I-V. — Petits sommeils courts, de 2 à 3 heures. — Plus calme, la malade se lamente, au bout de quelques instants; quand on la questionne. Elle répond cependant plus volontiers aux questions et demande qu'on la tue plutôt mais que l'on ne fasse pas de mal à sa famille, que son mari n'y est pour rien.

14 mars. — 3 cc. intra-musculaire. — La malade ne présente pas de veine apparente. La petite veine du bras droit s'est sclérosée à la suite des 2 piqûres précédentes. L'agitation, après un répit de 24 heures, augmente toujours. On fait quelques piqûres d'hyoscine et on donne L gouttes de somnifène tous les soirs.

Au commencement d'avril, l'état de la malade devient inquiétant, on cesse les hypnotiques, dont l'hyoscine, pour laquelle l'accoutumance était créée, et, le 19 avril, la malade, qui ne mangeait que par force, refuse énergiquement de manger.

On la gavage à la sonde, mais sans profit pour elle, puisque

la malade vomit chaque fois, aussitôt après. C'est alors que le gavage, devenant inutile dans ces conditions, on arrive à injecter 5 cc. de somnifène, dans une veine du poignet, le 22 avril, à 10 heures. L'effet est immédiat, et l'on passe une sonde 1 heure après, à 11 h. 1/2. On fait ainsi absorber un premier repas, comprenant 1/2 litre de lait et 2 jaunes d'œufs. Nouveau repas à la sonde, à 17 h. 1/2 : 1/2 litre de lait que la malade ne vomit pas non plus. Elle se réveille le lendemain à 11 heures du matin. Mais la malade perd des forces de jour en jour.

Le 23 avril, elle a 39° de fièvre. La malade se cachectise. Sa famille l'emmène le 5 mai 1925.

OBSERVATION XXXI

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. M..., 46 ans, marchand de biens, entré le 1^{er} avril 1925.

Etat de dépression mélancolique, ayant succédé aux fatigues de la guerre, et s'étant reproduit 2 fois depuis 1919, avec obsession, idée de ruine.

Rien de particulier à signaler du côté des parents.

Le malade a créé un cabinet de contentieux prospère, mais surmenage physique et intellectuel et ennuis nombreux inhérents à ce genre de profession.

Mobilisé en août 1914, service armé, fait le front, puis versé dans l'auxiliaire, en 1917, pour neurasthénie. Il fait un nouvel accès plus tard. Démobilisé, il reprend ses affaires et fournit un gros travail, d'où nouvelle dépression. Depuis, il n'a jamais repris entièrement, travaillant, mais péniblement. Insomnie et excitation motrice prononcée. Prononce souvent le mot : « non », réponse qu'il doit faire à ses préoccupations hypochondriaques.

Foie augmenté de volume, dépassant légèrement les fausses côtes.

TA : 15 — 7.

Réflexes normaux, la ponction lombaire n'a rien donné de particulier.

Refus d'aliment le 21 mai 1924, nécessitant un gavage, qui

donne un résultat excellent, le malade écrit 3 lettres, « je sens que je vais me guérir », il sort le 23 juin 1924.

Rentré le 1^{er} avril 1925, il s'est remis au travail, et n'a pas su refreiner son ardeur. Il s'est mis à brasser un certain nombre d'affaires, qui ont demandé de gros efforts et de gros soucis. Un tel surmenage, lié à une activité d'un caractère nettement morbide, ont entraîné du désordre des actes et un manque de jugement. Le malade, voyant tout en gros, contractait des engagements impossibles à tenir ; achète 2 autos, etc... Sa conduite dénote un sens critique déficient. Depuis janvier, très déprimé, incapable de fournir le moindre travail, il a des idées de culpabilité, d'auto-accusation et de ruine. Légère insuffisance hépatique, constipation chronique, insomnie.

20 avril 1925. — 3 cc. S. I-V. — Le malade a passé une nuit moins agitée, il s'est réveillé à 2 heures du matin, s'est endormi à 3 heures 1/2, après avoir pris xxv gouttes de somnifène.

21 avril. — Journée assez calme. Période bonne de 15 à 20 heures. Nuit moins bonne que la veille.

22 avril. — Agitation mentale, avec idées d'auto-accusation et de suicide.

23 avril. — 4 cc. I-V. — Le malade, s'endort presque aussitôt. L'infirmier, remontant quelques instants après l'injection, trouve le malade en train de ronfler.

24 avril. — Journée plus calme. Le malade est assez gai et dit des plaisanteries.

26 avril. — Journée moins bonne que les précédentes. Le malade dit avoir assez bien dormi la veille.

27 et 28 avril. — Agitation revenue, le malade ne tient pas en place. Il geint continuellement.

29 avril. — 4 cc. I-V. — Même phénomène que dans la nuit du 23 avril. Nuit excellente.

30 avril et 1^{er} mai. — Journées calmes.

2 mai. — Journée agitée. Dans la soirée, le malade est plus calme et la nuit a été assez bonne.

Le malade ne se plaint que quand il y a une galerie. Il se plaint surtout quand il voit un médecin.

OBSERVATION XXXII

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Rémi COURJON)

M. S..., 59 ans, représentant de commerce, entré le 15 novembre 1924.

Anxiété chez un hypochondriaque.

Rien à signaler de nerveux dans la famille.

Le malade, est de forte constitution, jovial, gai. Il avait tout ce qu'il fallait pour le métier qu'il avait choisi. Célibataire, il voyage beaucoup, mène une vie quelque peu irrégulière, surtout au point de vue alimentation, fait quelques excès de boisson et des abus sexuels.

Vers la fin 1918, troubles dyspeptiques d'ordre nerveux, constipation opiniâtre. Ces désordres sont durés 8 mois environ. Avec cette indisposition, coïncide un état d'énervement. Le malade, s'impatiente à son travail comme à ses plaisirs. En 1919, état dépressif, insomnie, maux de tête, inaptitude au travail; traité à St-Dié, son état s'améliore et le malade reprend son travail.

Il y a environ 2 mois, s'est installé assez rapidement un syndrome neurasthénique, avec asthénie, inappétence, insomnie. Grosses difficultés dans son travail, le malade exagère tout, se croit incapable de rien faire et s'arrête de travailler.

2 mars 1925. — 2 cc. I-V. — Le malade a été très calme 1/4 d'heure après la piqûre. La nuit a été meilleure.

Le lendemain, même état que les jours précédents.

4 mars. — 2 cc. I-V. — Nuit meilleure, mais le malade se plaint d'avoir une sensation de paralysie du côté droit. A l'examen neurologique, aucun signe d'hémiplégie.

6 mars. — 2 cc. I-V. — Aucun résultat appréciable, mais en raison des préoccupations hypochondriaques qu'elles déterminaient, on suspend les piqûres.

Ce malade, qui est surtout un insomniaque, préoccupé hypochondriaque put, grâce au somnifère, passer 2 nuits meilleures, et ce n'est qu'en raison de ses préoccupations qu'on le supprime.

OBSERVATION XXXIII

(Service de la Clinique psychiatrique
de M. le Professeur J. LÉPINE)

D..., fe R..., entrée le 6 mars 1923, avec un certificat de :
mélancolie anxieuse délirante.

La malade a fait antérieurement deux séjours à l'asile de Bron, de 4 mois chacun. Les troubles nerveux, ont débutés après son accouchement, en 1912, par des troubles de la mémoire, puis elle est devenue plus inquiète et plus agitée.

Elle fait un nouveau séjour en 1916, à la suite de troubles mentaux, caractérisés par de la confusion dans les idées, obnubilation intellectuelle, accès de dépression et d'excitation et impulsions diverses, tentatives de suicide. Sortie, à titre d'essai, elle rentre le 6 mars 1923.

25 avril 1925. — 4 cc. S. I-V. — Agitation avec cris. Elle se calme instantanément, la parole devient embarrassée, son faciès semble hébété, mais pas de tendance au sommeil. Elle ne s'endort que dans l'après-midi.

OBSERVATION XXXIV

(Service de M. le Docteur DODERO)

M. D..., 70 ans, cultivateur, entré le 20 mars 1925, avec le diagnostic de mélancolie anxieuse.

Le 21 mars, à 12 heures, nous sommes appelés auprès d'un malade, entré la veille et qui est agité.

Il s'agit d'un robuste vieillard, très agité, en proie à des hallucinations effrayantes, il pousse des cris et cherche à quitter son lit. L'infirmier de service est auprès de lui et le maintient. L'excitation est intermittente et revient par par accès. Le malade ne répond à aucune de nos questions.

Etant donné son grand âge, on injecte très lentement dans la veine 3 cc. de somnifène. Il se calme peu à peu et nous répond qu'il contemple toutes sortes de choses suspendues au firmament, il se sent, en outre, rouler dans des buissons remplis d'épines. TA : 17 1/2 — 11. Pouls : 85,

Le malade s'endort 25 minutes après. Il s'éveille pour diner et s'endort de nouveau pour toute la nuit.

Le lendemain, il présente un peu de somnolence, dont on peut très bien le tirer.

Nous le revoyons le 24 mars, parfaitement calme. Il répond volontiers à nos questions; il nous apprend qu'il est cultivateur; sa femme est morte depuis quelques mois, et il est voué au démon qui lui a fait commettre tous les crimes que l'on peut commettre quand on ne suit pas les commandements de Dieu. « Je vois l'immensité autour de moi et je me sou mets à la volonté du Tout-Puissant. » Depuis, le malade est anxieux et présente un délire de culpabilité. Il a des idées de suicide, mais il se dit trop religieux pour les mettre en exécution.

Le somnifère a permis ici de se passer de la contention, tout en facilitant la méthode de l'alitement.

Agitation dans les psychoses des dégénérés

OBSERVATION XXXV

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

J..., fe G..., 31 ans, coiffeuse, entrée le 14 mai 1925.

La malade présente un délire polymorphe, avec idées de persécution et de grandeur et excitation surajoutée.

Elle a des préoccupations politique; c'est ainsi qu'elle a écrit à M. Herriot, pour savoir si elle ne pourrait pas voter à la place de son mari. Elle dit avoir été félicitée par la « coiffure française », pour ses opinions politiques. Elle déclare qu'on a voulu lui tendre un piège, et que, si on la retient ici, c'est pour s'approprier l'assurance sur la vie qu'elle a contractée il y a 2 ans sur la tête de sa fillette.

On ne relève rien de particulier dans les antécédents. Elle a une fille de 5 ans.

Excitation intermittente, idées délirantes, exhibition, délire incohérent, hallucinations.

18 juin 1925. — Agitation plus prononcée depuis quelques temps. — 2 cc. S. I-V. — Endormie une heure après, passe une bonne nuit. La TA, qui était 12 1/2 — 7, avant la piqûre, est de 11 1/2 — 6 1/2 immédiatement après. Pouls : 80.

La malade est plus calme les jours suivants.

23 juin. — 3 cc. intra-musculaire procure une nuit tranquille.

La malade présente toujours des alternatives de calme et d'agitation.

OBSERVATION XXXVI

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

L..., fe G., 31 ans, entrée le 18 septembre 1924, pour déséquilibre mental, folie morale. Appoint éthylique.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires ou personnels. Mariée à 17 ans, elle a eu 3 enfants et 3 avortements. Deux enfants ont présenté des convulsions et sont morts à 15 jours.

La malade boit beaucoup de café mais nie l'éthylique. Les pupilles réagissent bien, réflexes vifs, pas de Babinsky ni de Romberg. Rien aux poumons et au cœur.

La mère déclare qu'elle buvait dès qu'elle avait de l'argent, alors, elle devenait violente, la frappait, criant « tu ne mourras que de ma main ». Erotisme très marqué, on ne connaît pas le père des deux derniers enfants. Elle ne travaillait pas, même à la maison, vivait avec sa pension de veuve de guerre. A l'asile, elle cherche des disputes, travaille plus ou moins répulièrement.

19 septembre 1924. — Elle rentre de nouveau à l'asile, n'ayant pu s'accomoder avec sa mère, mais elle en veut surtout à un voisin. A son entrée, elle s'agite, et frappe son entourage, fait des menaces, on la maintient au lit.

Elle a écrit une lettre à M. B..., et l'appelle : Bien cher camarade.

Elle continue à faire des menaces, déclare qu'elle tuera une infirmière ou une malade, qu'il faut qu'elle trempe ses mains dans du sang chaud.

29 mars 1925. — L'interne de garde est appelé à 15 h. 1/2 auprès de la malade. Les visites du dimanche avaient contribué à exagérer l'agitation, de plus, elle avait eu des nouvelles de sa mère. On s'était rendu maître de la malade avec peine. — 5 cc. S. I.-V. — La malade s'endort pendant l'injection, et ne se réveille que le lendemain, à 6 heures du matin. Etat somnolent.

31 mars. — Nuit bonne, malade encore somnolente.

2 avril. — A 10 heures, nouvel accès d'agitation, bouleverse tout, casse des carreaux, les ampoules électriques; on s'en rend maître : On fait une saignée de 200 grammes, la malade n'ayant pas eu ses règles, et on injecte 10 cc. intra-musculaire de somnifène. La malade ne s'endort qu'à 18 heures, jusqu'au lendemain, à 6 heures du matin.

4 avril. — Unē piqûre de 1/4 de milligramme de scopolamine l'endort 10 minutes après; le somnifène semble avoir sensibilisé la malade.

20 avril. — La scopolamine ne fait plus d'effet. Le somnifène est donnée à la dose de LX gouttes.

L'agitation est intermittente et moins vive.

2 juillet. — Par la suite, la malade n'a plus été assez agitée pour qu'il y ait lieu de continuer un traitement intra-veineux. Une potion de chloral et de bromure de potassium a suffi pour lui procurer un sommeil assez régulier, jusqu'à la guérison de son accès d'agitation qui ne s'est produit que ces derniers jours.

OBSERVATION XXXVII

(Service de M. le Docteur CONDOMINE)

Mlle C..., 21 ans, internée à l'asile de Bron, avec un certificat de folie morale, déséquilibre psychique, amoralité et impulsivité, période d'excitation violente.

La malade a déjà fait un séjour précédent à l'asile, elle n'est restée que 2 jours chez elle. Elle revient, envoyée de l'hôpital St-Pothin; amenée au Chazeaux parce qu'elle refusait de passer la visite, elle aurait refusé de se laisser soigner et a frappé les internes.

Elle est atteinte de débilité mentale avec amoralité, inaffectivité, caractère violent, impulsif. Elle menace « Il faut que je fasse un crime ! » Frappe les malades et le personnel.

Elle aurait eu une fièvre typhoïde il ya 15 ans.

Quand cette malade s'agite, il faut un personnel nombreux pour la maintenir en raison de sa force musculaire.

20 mars 1925. — 7 cc. S. I-V. — A 17 heures, la malade s'endort dès le retrait de l'aiguille. — TA : 15 1/2 — 9 1/2. Pouls : 80. Vers 20 heures, la malade est prise de vomissements et les règles surviennent. Les vomissements se répètent plusieurs fois dans la nuit.

21 mars. — Mal de tête, langue blanche, rien aux poumons. TA : 14 1/2 — 8 1/2. Pouls : 72. Les urines sont en quantité normale.

23 mars. — La malade va bien.

25 avril. — 4 cc. I-V. — Procurent 12 heures de sommeil sans incident. TA avant : 14 1/2 — 9; après : 14 1/2 — 9 1/2.

Les accès d'agitation étant chez elle tout à fait épisodiques et dépendant surtout de causes morales (contrariété, disputes, besoin de querelles, désir de se mettre en avant) l'injection de somnifène a principalement ici l'intérêt de calmer momentanément une agitation très violente et de rétablir le calme dans le dortoir.

Résultats

Le malade agité à qui l'on injecte du somnifène dans les veines présente une sédation de l'agitation presque instantanée et un sommeil irrésistible s'installe quelques minutes après l'injection. Le sommeil est d'autant plus rapide que l'injection a été poussée plus vite. En général, il survient cinq minutes à une demi-heure après; quelques malades se sont endormis pendant la piqûre (Obs. iv, xiv, xxxvi). Nous avons recherché, par l'emploi de petites doses et la lenteur de l'injection à provoquer le plus lentement possible le sommeil plutôt que de l'obtenir instantané, impressionnant. Quelques malades ont résisté aux petites doses et n'ont pas dormi à la première piqûre (obs. ix, xxiii), d'autres ne se sont endormis que plusieurs heures après (obs. xiii, xxix, xxxiii).

Au moment de l'injection, certains malades bredouillent comme s'ils étaient ivres, quelques-uns ont signalé eux-mêmes une sensation d'ivresse, des troubles de la vue, nous avons observé chez une malade

une mydriase subite (Obs. xxv). Les lèvres restent colorées, les traits se détendent, le faciès prend une expression véritable de calme, le pouls est bien frappé, le malade ferme les yeux, immobile, en résolution musculaire. Parfois, on le voit esquisser un geste réflexe, il pousse de gros soupirs. Au bout d'une demi heure, le sommeil est profond, allant jusqu'à la perte du réflexe cornéen. Souvent, on arrive à réveiller le malade quelques minutes après le début du sommeil, et, si on l'interroge, on peut obtenir quelques réponses simples, alors que l'agitation le rendait incapable de répondre avant la piqûre (Obs. vii, xxxiv).

Il n'y a pas à craindre de phénomène d'excitation réelle en employant des doses faibles. Des essais de chloroformisation chez les aliénés agités, ont montré qu'au début de l'anesthésie la phase d'excitation habituelle chez les sujets normaux serait considérablement diminuée, ou nulle, chez les agités et chez les déments (Charon et Courbon). Enfin, après le sommeil paisible, obtenu pendant 5 à 12 heures, nous n'avons jamais observé que le malade fut nettement plus agité au réveil qu'avant l'injection, contrairement à ce que les chirurgiens constatent fréquemment dans les suites d'anesthésies au somnifène. Parfois, le malade se réveille en poussant quelques cris, et son agitation revient rapidement à son intensité habituelle (Obs. xi, xxi, xxiii, etc.). Dans la plupart des cas, le malade semble sortir d'une grande torpeur et fait de courts sommeils entrecoupés de périodes où il reste calme (Obs. iii, x, xiv, xix, etc.). Il présente, à

ce moment un certain état de demi conscience qui a été mis à profit pour l'exploration du fond mental (Claude, Laignel-Lavastine). A la faveur de ce relâchement psychique, la psychothérapie donnerait d'excellents résultats (Demole).

Pendant la narcose, le pouls, qui était le plus souvent accéléré en raison de l'agitation, se ralentit. La tension artérielle diminue en général de deux à trois centimètres. Le nombre des mouvements respiratoires est tantôt accéléré, tantôt diminué. Nous n'avons pas observé de vomissements chez les hommes.

Nous en avons observé plusieurs fois chez les femmes. Chez les malades qui vomissent facilement, on donnera une alimentation liquide. Nous avons observé un cas où les vomissements furent importants, et se déclarèrent quelques heures après la piqure (Obs. xxxvii). Cependant, chez une malade mélancolique, qui refusait de manger, et chez qui les gavages devenaient inutiles (la malade vomissant tout), 5 cc. de somnifère intra-veineux produisirent une narcose de 24 heures, mise à profit pour faire absorber à la malade deux repas, qui ne furent nullement rejetés (Obs. xxx). Il est nécessaire de faire le gavage avec précaution, la narcose au somnifène paraissant prédisposer aux complications pulmonaires.

Les mélancoliques peuvent recevoir les doses de 2 à 3 cc. (Obs. xxvii, xxviii). Au contraire, chez les maniaques, les dégénérés, et certains PG, à la phase d'excitation du début, il est nécessaire d'employer des doses suffisantes d'emblée, de 3 à 5 cc. suivant

l'état général (Obs. vi, xix, xxxvi). Chez les maniaques, on observe que le malade fait des efforts pour surmonter la torpeur qu'il sent l'envahir, et réagit d'autant plus qu'on l'examine (Obs. iv). Il est préférable de se retirer aussitôt la piqûre faite, il suffit même que l'on entoure d'un paravent, le lit du malade, pour que celui-ci s'endorme quelques minutes après (Obs. xi).

En général, au cours de notre expérimentation, le malade recevait une injection intra-veineuse au commencement de l'après-midi, de façon à pouvoir le réveiller pour dîner, ce qui permettait d'alimenter certains mélancoliques ou agités, qui refusaient auparavant toute nourriture. Après s'être alimenté, le malade se rendormait pour toute la nuit. L'état de somnolence dans lequel se réveille les malades demande quelque attention, particulièrement lorsqu'on les alimente; il faut leur parler, secouer leur torpeur pour qu'ils mâchent et qu'ils avalent bien. Si on les laisse manger gloutonnement, ils vomissent.

Plusieurs auteurs ont signalé les bienfaits du traitement intra-veineux. Ils pensent que l'on peut obtenir une accélération de la guérison d'épisode d'agitation, au cours d'une psychose autre que la manie, et particulièrement chez des dégénérés, des confus, des éthyliques. Dans les cas favorables, on observe après le sommeil une phase d'hébétude et de somnolence; l'agitation reprend peu à peu, mais se trouve diminuée dans son intensité. A chaque piqûre, l'agitation

met plus de temps pour réapparaître, sans atteindre son intensité initiale. Au début des accès maniaques, il ne semble pas que l'on puisse obtenir un calme durable (Obs. xi) mais on peut espérer des résultats, si l'accès évolue déjà depuis un certain temps.

Dans plusieurs observations, à la suite d'une ou de plusieurs piqûres, l'agitation a disparu totalement, et les malades ont pu bénéficier ainsi d'une accélération probable de leur guérison (Obs. ii, état maniaque; xxvi, délire aigu alcoolique; xxviii, syndrome mélancolique) ou de leur amélioration (Obs. xiv, état maniaque; xxv, état confusionnel). Dans d'autres cas, l'agitation a disparu sans modification de l'état mental (Obs. i, iii, xviii, xix, xx, xxiii, xxiv, xxxiv). Enfin, l'agitation n'a été suspendue que d'une façon temporaire pour une durée variable dans les autres cas.

Pendant la durée du traitement intra-veineux, les malades ayant un état général déclinant en raison de l'agitation, ont accusé une conservation de l'état général (Obs. v). C'est ainsi, que l'on pourrait se servir utilement de cette méthode, pour entraver l'établissement d'un délire aigu chez un maniaque agité (Obs. iv).

Dans la plupart des observations, le calme s'est maintenu 24 à 72 heures après la piqûre, ce qui peut s'expliquer par la lente élimination. Cette méthode peut-être mise à profit dans les premiers jours de l'alitement de l'agité, pour soulager la tâche du personnel, tout en supprimant la contention (Obs. xxxiv).

La lente élimination du somnifène permet d'obtenir une même durée de sommeil, avec des doses progressivement moins fortes (Obs. xvii) mais injectées quotidiennement. Dans plusieurs observations, et particulièrement celles dûes à l'obligeance de M. Rémi Courjon, on s'apercevra que les mêmes doses injectées à intervalles rapprochés, ont un effet croissant, mais après un certain nombre de piqûres on n'obtient plus qu'un sommeil peu profond, ou, de courts sommeils alternant avec des périodes de veille; par contre, le malade s'endort de plus en plus vite. Pendant les périodes de veille, le malade n'est pas agité; il est somnolent.

Il est nécessaire d'espacer et de suspendre le médicament pour éviter l'accumulation.

Si on administre d'autres hypnotiques après une piqûre de somnifène, on constate une efficacité considérablement augmentée. Qu'il s'agisse d'une potion de bromure ou de chloral (Obs. xxi) ou d'une piqûre de scopolamine (Obs. xxxvi) le somnifère agit comme « mordant spécifique » de la cellule nerveuse, et renforce l'intensité d'action. (On aurait constaté une activité supérieure du somnifène chez les toxicomanes.)

Les injections intra-musculaires que nous avons pratiquées, ne nous ont pas donné d'aussi bons résultats. Leur effet est plus tardif et moins satisfaisant, même avec des doses doubles que celles par voie endo-veineuse (Obs. xxxvi). Elles rendent néanmoins

des services, et nous avons parfois continué le traitement endo-veineux par des piqûres intra-musculaires, ou du somnifène donné en gouttes par voie buccale. Les piqûres sous-cutanées sont peu employées, car elles peuvent provoquer de petites eschares. Par voie endo-veineuse, on a observé de la sclérose des veines, particulièrement en cas de veines trop petites et d'injections répétées (Obs. iv, v, xxx).

Les sujets présentant des lésions organiques et les malades âgés, sont sensibles aux petites doses de 2 à 3 cc. (Obs. xviii, xv, xxxiv). Chez les insuffisants hépatiques ou rénaux, il faut s'abstenir du traitement intra-veineux et nous n'avons pas fait de piqûre intra-veineuse à un malade urémique, qui recevait d'ailleurs du somnifène intra-musculaire avec avantage. De même, nous n'avons pas renouvelé les piqûres chez une malade âgée (Obs. iv). Cependant, le malade de l'observation xxxi présentait une légère insuffisance hépatique, et, dans l'observation xxvi, il s'agit d'une amélioration rapide, d'un délire aigu alcoolique, sans aggravation des accidents d'intoxication.

Dans une seule observation (Obs. xxii), on a employé l'huile camphrée, en présence d'un ralentissement du pouls, chez un malade présentant un mauvais état général. Nous n'avons jamais eu d'ennui du côté de l'appareil urinaire, mais il faut surveiller les malades, au point de vue d'une rétention possible.

La technique endo-veineuse, employée avec prudence, dans des milieux spécialisés, et aux doses que

nous avons adoptées, s'est montrée parfaitement inoffensive. Le grand intérêt de cette méthode, réside aussi dans une sédation immédiate de l'agitation, et l'on comprend les services qu'elle peut rendre dans les cas d'urgence. Il suffira quelquefois pour ramener le calme dans un quartier d'agité, de rechercher et de traiter le malade qui, par un phénomène de contagion mentale bien connu, contribue à entretenir l'agitation des autres malades (Obs. xviii, xxxvii). Elle peut être utilisée en cas de transfert, de ponction lombaire, de gavage chez des malades indociles, et, pour réaliser dans de bonnes conditions, des opérations de petite chirurgie chez les aliénés.

CONCLUSIONS

Le traitement des états d'agitation, a préoccupé de tout temps les médecins spécialistes des maladies nerveuses et mentales.

Il est reconnu que l'on doit utiliser en premier lieu et de préférence chaque fois que cela est possible, les moyens physiques qui sont souvent efficaces et qui sont inoffensifs pour l'organisme (douches, bains prolongés, alitement). Cependant, nombreux sont les cas où les moyens physiques se montrent insuffisants, et où les agents chimiques doivent venir compléter leur effet.

Les médicaments sédatifs et hypnotiques mis à la disposition du clinicien, sont aujourd'hui multiples. Chacun d'eux peut avoir ses indications. Il est bon de connaître le maniement d'un grand nombre d'entre eux, pour les appliquer de façon opportune à chaque cas particulier.

Le Somnifène a l'avantage d'être un médicament très maniable, à effet rapide et régulier, et de ne présenter qu'un minimum de toxicité, si l'on se contente de l'utiliser à des doses faibles ou moyennes. Il s'administre par voie buccale; par voie intra-musculaire; ou par voie endo-veineuse.

Dans les cas d'insomnie ou d'excitation nerveuse légère, la voie buccale est la méthode de choix à cause de sa simplicité; mais, dans les milieux spécialisés (maisons de santé, asiles publics et privés) la voie endo-veineuse se trouve fréquemment indiquée, soit pour combattre des accès d'excitation épisodiques chez des dégénérés, des alcooliques, des confus; soit pour prévenir le développement d'un délire aigu chez des maniaques très agités; soit pour permettre un gavage par la sonde nasale, effectuer une ponction lombaire, une opération de petite chirurgie, pratiquer un examen biologique complet; soit encore à l'occasion d'un transfert de service hospitalier à l'asile.

La voie endo-veineuse nous a paru préférable dans beaucoup de cas à la voie intra-musculaire. Elle agit plus rapidement et plus sûrement avec des doses nettement inférieures.

Nous n'avons pas dépassé la dose de 5 centimètres cubes. Aux doses habituelles de 2 et de 4 centimètres cubes, nous avons obtenu des résultats satisfaisants et nous pensons que l'injection intra-veineuse de Somnifène peut être considérée comme une acquisition utile dans la thérapeutique des maladies mentales.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
J. LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 31 Octobre 1925.

Pour le Recteur et par Délégation,
Le Vice Président du Conseil de l'Université,
L. JOSSERAND,

BIBLIOGRAPHIE

- BARDET (G. et D.). — Contribution à l'étude des hypnotiques uréiques. Action et utilisation du diéthylallyl-barbiturate de diéthylamine. *Bull. gén. de Thérap.*, Doin, Paris, n° 4, avril 1921, pp. 173-205.
- BAUDOUIN (A.) et PÉRON (N.). — La psychiatrie en 1925. Somnifène et troubles mentaux. *Paris-Médical*, Baillière, n° 42, 17 octobre 1925, pp. 308-309.
- BÉRARD. — A propos de l'anesthésie dans la thoracoplastie extra-pleurale. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 27 novembre 1924 et *Presse Médicale*, Paris, n° 101, 17 décembre 1924, p. 1012.
- BOISNIÈRE. — Sur un hypnotique de la série uréique. Le diéthylallyl-barbiturate de diéthylamine (Somnifène). *Thèse de Bordeaux*, 1921.
- BRIAND (M.), VIGOUROUX et TRUELLE. — Essai de classement syndrömique et étiologique. *Soc. Médico-Psychologique*, 27 février 1915 et *Annales Médico-Psychologiques*, an LXXII, t. VI, juillet-août 1915, pp. 358-367.
- CAMUS (P.). — L'agitation et son traitement. *Paris-Médical*, n° 28, pp. 49-54, 10 juin 1911.
- CARNOT et TIFFENEAU (M.). — Sur un nouvel hypnotique de la série barbiturique : La butyl-éthyl-malonylurée. *C. R. hebdomadaire des Séances de l'Académie des Sciences*, t. CLXXV, 1922, pp. 241-244.

CESTAN et RISER. — Les directives modernes du traitement des méningites et des névraxites infectieuses. *Paris-Médical*, n° 40, 4 octobre 1924, pp. 255-262.

CHARON (R.) et COURBON (P.). — Des effets de la chloroformisation sur l'agitation des aliénés. *Ann. Médico-Psychologiques*, an LXXII, n° 2, t. VI, août-septembre 1914, pp. 177-195.

CLAUDE (H.). — Le Somnifène intra-veineux chez les psychopathes. *Soc. Médico-Psycholog.*, 29 décembre 1924, et *l'Encéphale*, Paris, n° 1, janvier 1925, pp. 61-62.

CLAUDE (H.), ROBIN (G.) et PAVLOVITCH (A.). — Le Somnifène intra-veineux dans les cas d'agitation en psychiatrie. *Soc. de Psychiatrie*, 20 novembre 1924, et *Presse Médicale*, Paris, n° 97, 3 décembre 1924, p. 967.

CLEISZ. — L'anesthésie obstétricale par injection intra-veineuse de Somnifène. *Presse Médicale*, Paris, n° 101, 17 décembre 1924, pp. 1001-1005.

CONOLLY. — in Garnier et Colodian : *Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses*, Paris, Bailière, pp. 60-61.

COURBON (Paul). — Le traitement de l'agitation par le bécéramment. *L'Encéphale*, an V, n° 10, 10 octobre 1910, p. 279-285.

— Les nouvelles médications en neuropsychiatrie. *La Médecine*, Paris, n° 6 bis, avril 1924, p. 14.

CROUZON. — Sur les injections intra-veineuses de Somnifène. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 13 mars 1925, et *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, Masson, Paris, n° 10, 19 mars 1925, pp. 381-382 et *Presse Médicale*, Paris, n° 22, 18 mars 1925, p. 356.

CROUZON et LEMAIRE. — Les injections intra-veineuses et intra-musculaires de Somnifène dans les états psychopathiques et névropathiques. *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 12 décembre 1924, et *Bull. et Mém. de la Société*, t. XLVIII, n° 37, pp. 1719-1722, 1924.

CULLERRE (A.). — No-restraint et Open-door. *Ann. Médico-Psycholog.*, an LXII, t. XIX, mai 1904, p. 420.

DÉBÉNÉDETTI. — Un moyen commode de pratiquer une anesthésie de longue durée chez les petits animaux de laboratoire (Travail du Service de M. le Professeur Policard). *Soc. de Biologie de Lyon*, 17 novembre 1924, et *C. R. des Séances de la Soc. de Biologie*, Masson, Paris, n° 34, t. XCI, 5 décembre 1924, pp. 1222-1223.

DEMOLE. — La cure sédative en psychiatrie (utilisation du Somnifène). *Revue Neurologique*, Paris, n° 12, décembre 1921, pp. 1222-1234.

FREDET (P.) et PERLIS (R.). — Recherches sur un nouveau mode d'anesthésie générale. *Bull. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 25 juin 1924, t. L, n° 21, pp. 785-801.

FREDET (P.) et FABRE (R.) — Etude de la localisation dans l'organisme des dérivés alcoylés de la malonylurée. *Acad. des Sciences*, 9 février 1925 et *C. R. des Séances de l'Acad. des Sciences*, Gauthier-Villars, Paris, n° 6, t. CLXXX, 1925, p. 469.

— Nouvelles recherches sur l'anesthésie générale par les dérivés alcoylés de la malonylurée. *Soc. Nation. de Chirurgie*, 25 février 1925, et *Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chirurgie*, Masson, Paris, n° 8, t. LI, 7 mars 1925, pp. 263-273.

GARNIER (P.) et COLODIAN (P.). — Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses, Paris, Baillière.

GAYET. — L'anesthésie générale au Somnifène en chirurgie rénale. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 26 février 1925, et *Lyon Chirurgical*, Masson, Paris, n° 3, t. XXII, mai-juin 1925, pp. 421-424.

HAMEL (J.). — Essai critique d'une thérapeutique de l'agitation et de l'insomnie chez les aliénés vésaniques. *Thèse de Nancy*, 1909.

KINDLER. — Contribution à l'étude du Somnifène. *Thèse de Montpellier*, 1921.

KLAESI. — Ueber die therapeutische Anwendung der « Dauernarkose », mittels Somnifens bei Schizophrenen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie*, vol. LXXIV, 21 octobre 1921, pp. 4-5.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Barbiturate diéthylamine révélateur du sub-conscient. *Soc. de Psychiatrie*, 20 novembre 1924, *Presse Médicale*, Paris, n° 97, 3 décembre 1924, p. 967, et *L'Encéphale*, Paris, n° 10, décembre 1924, p. 669.

— Barbiturate-diéthylamine en injection intra-veineuse comme sédatif héroïque de l'agitation. *Soc. de Psychiatrie*, 20 novembre 1924; *Presse Médicale*, Paris, n° 97, 3 décembre 1924, p. 967 et *L'Encéphale*, Paris, n° 10, décembre 1924, p. 670.

LEVET. — Note sur l'injection endo-veineuse de Somnifène en pratique psychiatrique. *Ann. Médico-Psychologiques*, Paris, n° 4, t. II, novembre 1924, pp. 325-328.

LÉVY-VALENSI. — Le Somnifène intra-veineux chez les psychopathes. *Soc. Médico-Psycholog.*, 29 décembre 1924, et *Revue de Médecine*, Paris, n° 3, mars 1925, p. 227.

MAGNAN (M.). — De l'alitement dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine. *Bull. de l'Académie de Médecine*, an LXXVI, p. 98, 23 juillet 1912, et *Revue de Psychiatrie*, t. XVI, n° 8, août 1912, pp. 310-321.

MARIE (A.). — A propos du barbiturate de diéthylamine. *Soc. de Médecine de Paris*, 24 janvier 1925; *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris*, Maloine, Paris, n° 2, 1925, pp. 50-51 et *Arch. Intern. de Neurolog.*, Paris, n° 2, t. I, février 1925, pp. 65-66.

MARIE (A.) et KOHEN (V.). — Le diéthylidipropényle-barbiturate de diéthylamine dans l'insomnie des aliénés. *Arch. Intern. de Neurolog.*, Paris, n° 2, vol. II, août-septembre 1924, pp. 53-57.

MARIE (A.), KOHEN (V.) et PAVLOVITCH (A.). — Les injections intra-veineuses de Somnifène dans les états d'agitation des psychopathes. *Soc. de Thérap.*, 11 février 1925 ; *Bull. de la Soc. de Thérap.*, Doin, Paris, n° 3, t. xxx, 1925, pp. 41-50 et *Arch. Intern. de Neurolog.*, Paris, n° 5, t. I, mai 1925, pp. 176-185.

PAVLOVITCH (A.). — Le Somnifène en injections intra-veineuses et le traitement de l'agitation dans les maladies mentales. *Thèse de Paris*, 1925.

PÉNARD. — Contribution des indications et contre-indications du véronal. *Thèse de Lyon*, 1904.

PIÉRON (Henri). — Le problème physiologique du sommeil. Masson, Paris, 1913.

POCHON. — Traitement des aliénés agités. *Thèse de Paris*, 1899.

QUERCY et DODARD-DES-LOGES. — Le Somnifène intra-veineux chez les aliénés. *Ann. Médico Psycholog.*, Paris, n° 1, t. I, janvier 1925, pp. 56-60.

QUERCY et LANCELOT. — Un cas de mort après injection intramusculaire de Somnifène (pneumonie centrale). *Soc. Médico-Psycholog. de Paris*, 26 janvier 1925; *Ann. Médico-Psycholog.*, an LXXXIII, n° 2, février 1925, p. 170 et *Presse Médicale* du 14 février 1925, p. 13.

RAVINA et GIROT (L.). — Un cas de mort après injection intra-veineuse de Somnifène. *Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, 6 mars 1925; *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, Masson, Paris, n° 9, 12 mars 1925, p. 370 et *Presse Médicale*, 11 mars 1925, p. 319.

REDONNET (T.-Alday). — Estudio Farmacológico del Somnifeno. *Los Progresos de la Clínica, Madrid*, n° 145, Enero de 1924, pp. 94-126.

— Contribution à l'étude pharmacodynamique et toxicologique du Somnifène. *Arch. Intern. de Pharmacodynamie et de Thérapie*, Doin, Paris, vol. xxx, fasc. III-IV, 1925, pp. 321-351.

- RIEDER (H.). — Contribution à l'histoire de l'emploi des bains prolongés chez les aliénés. *Bull. de la Soc. Clinique de Médecine Mentale*, janvier 1913, p. 9.
- ROGER (H.). — in Lévy-Valensi : Le Somnifène intra-veineux chez les psychopathes. *Soc. Médico-Psycholog.*, 29 décembre 1924, et *Revue de Médecine*, Paris, n° 3, mars 1925, p. 227.
- SACAZE (Jean). — Essais d'une méthode anesthésique endo-veineuse en obstétrique et en chirurgie. *Thèse de Lyon*, 1925.
- SALMON (Alberto). — Le problème du sommeil. *L'Encéphale*, an IX, pp. 168, 250 et 364, 10 février, 10 mars et 10 avril 1914.
- SANTY. — Les indications de la thoracoplastie extra pleurale dans la tuberculose pulmonaire. *Journ. de Médecine de Paris*, n° 44, 1^{er} novembre 1924, pp. 925-927.
- TARDIEU. — Intoxication aiguë par le véronal et les autres dérivés de la malonylurée (barbiturisme). *Thèse de Paris*, 1924.
- TAVERNIER. — Remarques sur l'anesthésie au Somnifène intra-veineux. *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 12 février 1925, et *Lyon Chirurg.*, Masson, Paris, n° 3, t. XXII, mai-juin 1925, pp. 397-401.
- TRAMPOL. — Le diéthylallyl-barbiturate de diéthylamine dans le traitement des états psychopathiques. *Thèse de Nancy*, 1922.
- TRÉLAT. — Recherches historiques sur la folie, 1839, p. 118.
- TRÉNEL. — Traitement de l'agitation et de l'insomnie dans les maladies mentales et nerveuses. *XIII^e Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française*, Bruxelles, 1903, III^e rapport et *Revue Neurologique*, 1903.
- TUSSAU (M.) et FAY (P.). — L'anesthésie générale par voie intra-veineuse. La somnifénisation (procédé nouveau). *Le Renouveau Médico-Chirurgical*, Lyon, décembre 1924, pp. 15-19.

VASCHIDE et MEUNIER. — La pression sanguine dans l'alitement thérapeutique des maladies mentales. *Revue de Psychiatrie*, 1900, p. 289.

VASCHIDE et VURPAS. — Pression artérielle dans le sommeil. *Arch. Gén. de Médecine*, 1903.

VASSEF. — Etude de la pression artérielle chez l'homme et chez les aliénés. *Thèse de Montpellier*, 1902.

WIKI (B.). — Recherches pharmacodynamiques sur les somnifères de la série barbiturique. *Arch. Intern. de Pharm. et de Thérap.*, xxvii, 1922, pp. 117-161.

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction	11
Les diverses méthodes, agents physiques et chimiques dans le traitement de l'agitation....	15
Historique du Somnifène.....	25
Etude chimique et physiologique du Somnifène...	31
Technique du Somnifène intra-veineux dans les maladies mentales.....	39
Observations. Terminologie	43
Agitation dans les états maniaques	44
Agitation dans la démence précoce	59
Agitation dans la paralysie générale	62
Agitation dans la confusion mentale	70
Délire aigu alcoolique.....	71
Agitation dans les états mélancoliques.....	73
Agitations dans les psychoses des dégénérés..	82
Résultats	87
Conclusions.....	95
Bibliographie	97

